

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Février 1896, à 1 heure

PAR

Maxime GIRESSÉ

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né à Barie (Gironde), le 4 Juillet 1866

159

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OCCLUSIONS INTESTINALES

POST-OPÉRATOIRES

Consécutives à l'Hystérectomie Vaginale

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM.

{	TILLAUX, professeur.
	SÉBILEAU, agrégé.
	BROCA, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Février 1896, à 1 heure

PAR

Maxime GIRESSÉ

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né à Barie (Gironde), le 4 Juillet 1866

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OCCLUSIONS INTESTINALES

POST-OPÉRATOIRES

Consécutives à l'Hystérectomie Vaginale

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM.

{	TILLAUX, professeur.
	SÉBILEAU, agrégé.
	BROCA, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBENE
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en céphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrévés en exercice :

MM. ACHARD	MM. GAUCHER	MM. MARIE	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TUORETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef	VARNIER
BROCA	HARTMANN	des travaux	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	anatomiques	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL SEGOND

PROFESSEUR AGRÉGÉ
CHIRURGIEN DE LA SALPÊTRIÈRE

MON CHER MAÎTRE,

Je vous dédie ce modeste travail; je l'aurais voulu plus digne du Maître qui l'a inspiré; mais, malgré ses nombreuses imperfections, j'ose espérer de votre bonté que vous voudrez bien l'accepter en témoignage d'une affectueuse et profonde reconnaissance.

M. GIRESE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

A MES MAITRES DES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR MICHAUX

CHIRURGIEN DE L'HOSPICE D'IVRY

qui fut pour nous, pendant nos études, un guide sûr,
autant qu'un ami dévoué.

MONSIEUR LE DOCTEUR GINGEOT

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LAËNNEC

Externat 1888

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPLAY

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

Externat 1889

MONSIEUR LE DOCTEUR HUTINEL

MÉDECIN DE L'HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS

suppléé par

MONSIEUR LE DOCTEUR VARIOT

Internat prov. 1890

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHELOT

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

Internat 1892

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUILLY

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL COCHIN

Internat 1893

MONSIEUR LE DOCTEUR BOURCY

MÉDECIN DE L'HÔPITAL TENON

Internat 1895

et

MONSIEUR LE DOCTEUR OETTINGER

MÉDECIN DE LA MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ

que je remercie sincèrement de la sympathie qu'ils m'ont témoignée dans
les circonstances pénibles qui ont accompagné la fin de mon internat.

MM. COMBY, TROISIER, FAISANS, POTHERAT, ROGER,
ROUTIER, TUFFIER, PICQUÉ

Hommage respectueux et souvenir reconnaissant.

INTRODUCTION

Grâce aux bienfaits de l'antisepsie, grâce aux perfectionnements de la technique opératoire, l'hystérectomie vaginale a, dans ces dernières années, conquis une place considérable dans la chirurgie; accueillie, à ses débuts, avec la plus grande défiance, et même combattue, elle a dû à la conviction et à l'éloquence de ses défenseurs de triompher brillamment. Sa valeur thérapeutique n'est plus discutée aujourd'hui et elle est devenue une opération universellement acceptée et employée par tous les chirurgiens; nous n'avons pas à revenir sur ce jugement consacré par l'expérience et l'autorité de nos maîtres.

Mais malgré les brillants résultats obtenus, elle n'en reste pas moins exposée de temps à autre à des suites fâcheuses que nous devons chercher à mieux connaître, afin de les empêcher ou, tout au moins, de les rendre moins fréquentes. Parmi ces complications il en est une dont l'importance nous a particulièrement frappé, c'est l'occlusion intestinale, et, sur le conseil de notre cher Maître, M. le Dr P. Segond, nous avons eu l'idée d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous étudierons, dans ce travail, ces occlusions post-opératoires, nous bornant rigoureusement aux cas dépendant directement de l'intervention chirurgicale, sans parler des causes d'obstruction relevant d'une affection étrangère à cette intervention.

Ces obstructions peuvent être immédiates, c'est-à-dire se produire dans les trois ou quatre premières semaines qui suivent l'opération, avant la complète guérison opératoire; elles peuvent être tardives, c'est-à-dire ne survenir que quelques

mois ou quelques années après. Dans ce dernier cas, elles se forment soit graduellement, par exemple, par le rétrécissement progressif du calibre d'une anse intestinale adhérente, soit brusquement, à la faveur d'une disposition spéciale de l'intestin, créée au moment de l'opération et restée latente jusque-là.

Ces obstructions tardives rentrent dans la catégorie de celles étudiées par Trèves à la suite des laparotomies et survenant, d'après cet auteur, dans un laps de temps compris entre cinq semaines et vingt ans, la moyenne étant de trois ans.

Nous n'avons l'intention de nous occuper dans ce travail que des obstructions immédiates.

En présence des cas que nous avons observés, et qui sont devenus le point de départ de notre étude, nous avons été amené à nous demander quelle était la nature de ces occlusions; s'il s'agissait d'occlusions vraies, par obstacle mécanique, ou de pseudo-étranglements dus à la péritonite; quelle était la cause et le mécanisme de ces occlusions; si on peut en faire le diagnostic; si de l'étude de la pathogénie et du diagnostic de cette grave complication on peut tirer des indications utiles au traitement; enfin, d'où vient l'exceptionnelle gravité de leur pronostic.

Seule, une statistique détaillée, portant sur un grand nombre de cas, soigneusement étudiés au point de vue clinique, ou contrôlés par l'autopsie, pourrait nous permettre d'arriver à des conclusions certaines. Nous ne croyons pas posséder les éléments suffisants pour prétendre résoudre de façon définitive ces difficiles problèmes; aussi notre intention est-elle simplement de discuter quelques aperçus de cette question d'après nos observations personnelles et celles d'autres chirurgiens, en essayant, par l'analyse et le rapprochement de ces différents cas, de dégager quelques points qui pourront contribuer à l'élucider.

Définition

On assiste parfois, après des opérations ayant intéressé le péritoine, au développement d'accidents septicémiques graves accompagnés de ballonnement du ventre, de rétention complète des matières et des gaz, de vomissements ; les accidents ont une marche pour ainsi dire foudroyante, et les phénomènes d'occlusion sont tout à fait secondaires.

Mais, à côté de ces cas heureusement exceptionnels, il en est d'autres, plus nombreux, où ce sont les symptômes d'occlusion qui dominent la scène, sans qu'une intervention secondaire ou l'autopsie permette de trouver aucun obstacle mécanique interrompant le calibre de l'intestin.

L'existence de ces pseudo-étranglements nous paraît bien démontrée. Henrot, de Reims, et Thibierge, dans leurs thèses inaugurales; Duplay, dans un travail paru dans les Archives de Médecine, les ont bien étudiés, en tant qu'obstructions primitives; — nous employons ce mot primitives pour les distinguer des obstructions secondaires ou post-opératoires. Pour Thibierge, la plupart de ces pseudo-étranglements doivent être rapportés à des paralysies intestinales presque toujours d'origine réflexe : dans quelques cas cependant, ils seraient dus à l'accumulation des matières fécales ayant déterminé la paralysie consécutive de l'intestin.

Nous ajouterons qu'il n'est pas rare de voir une inflammation aiguë, fût-elle circonscrite, de la séreuse péritonéale, se traduire par des symptômes d'étranglement aussi intenses que s'il s'agissait d'une occlusion vraie.

Si ces faits s'observent pour l'occlusion que nous avons appelée primitive, à plus forte raison pouvons-nous les admettre pour l'occlusion secondaire où les causes d'irritation ou d'infection du péritoine sont beaucoup plus nombreuses.

Pendant longtemps même, alors que la chirurgie abdominale était à ses débuts, qu'on était moins sûr d'avoir observé toutes les précautions antiseptiques, la péritonite généralisée était-elle toujours rendue responsable des accidents d'occlusion post-opératoire. Aujourd'hui encore, un certain nombre de chirurgiens pensent que, dans ces cas, il s'agit presque toujours de septicémie péritonéale.

Mais une propreté minutieuse, l'observation de plus en plus rigoureuse des règles de l'antisepsie ou de l'asepsie, ont fait, dans ces dernières années, de la péritonite une complication relativement très rare des opérations abdominales ; on est alors en droit de se demander si l'occlusion ne reconnaît pas quelquefois une cause localisée, subinflammatoire ou mécanique.

De nombreuses expériences ont été instituées pour élucider cette question.

Sänger arrive à cette conclusion que l'intestin vient adhérer dans les endroits où manque le péritoine ; de plus, les liquides laissés dans la cavité péritonéale sont rapidement absorbés, et on doit redouter la paralysie de l'intestin. Pour Keltenborn et Kustner, les adhérences qui se produisent dans la cavité abdominale ont pour cause principale l'infection. L'exfoliation de l'épithélium et la cautérisation du péritoine n'entraînent pas la formation d'adhérences, au moins dans les cas sans complication.

Obalinski, après deux séries d'expériences portant chacune sur trois chiens, conclut que : 1^o les liquides aqueux sont très rapidement résorbés et n'empêchent pas du tout les

adhérences ; ils semblent provoquer sur le péritoine une sorte d'irritation analogue à l'irritation produite par les corps étrangers introduits dans le péritoine, et produire d'aussi fortes adhérences ; 2^o les liquides oléagineux, résorbés très lentement, empêchent les adhérences, mais l'inflammation provoquée par eux conduit à une péritonite mortelle ; 3^o l'abstention des liquides donne les meilleurs résultats, aussi bien pour la guérison que pour la formation d'adhérences.

Enfin, Dembrowski, seul d'ailleurs à émettre cette opinion, prétend que ce sont seulement les corps étrangers, ligatures, etc., et les eschares d'inflammation qui provoquent sûrement des adhérences péritonéales. L'iodoforme, les caillots, les liquides antiseptiques, de même que les plaies du péritoine, restent sans action sur la formation des adhérences.

Thomson entreprend à son tour une série d'expériences sur le même sujet et il reconnaît que la cause la plus fréquente des adhérences est l'infection ; cependant, s'appuyant sur des expériences faites dans des conditions d'asepsie aussi parfaites que possible, il arrive, d'autre part, aux conclusions suivantes : 1^o les adhérences de l'épiploon et des intestins se produisent après une opération aseptique et se font aussi bien avec les plaies pariétales des muscles qu'avec la plaie péritonéale ; 2^o un corps étranger, comme la gaze, stérile, produit des adhérences dans la cavité abdominale, s'il atteint une certaine grandeur pour provoquer une irritation suffisante.

De ces données expérimentales, on ne peut guère tirer de conclusions fermes, relativement à la production de l'obstruction. On peut simplement dire que si l'infection est la cause la plus ordinaire des adhérences, elle n'est pas nécessaire à leur formation ; ces adhérences, une fois constituées, s'il survient, pour une raison quelconque, un trouble

des mouvements péristaltiques, elles contribueront à faciliter l'occlusion de l'intestin; on en arrive ainsi à pouvoir dire que la péritonite n'est pas le seul agent de l'occlusion post-opératoire.

L'observation clinique nous en fournit de nouvelles preuves: des adhérences intestinales, des étranglements de l'intestin sous une bride épiploïque, des compressions par le pansement ont provoqué des occlusions mortelles dans lesquelles la séreuse de la grande cavité abdominale ne présentait aucune trace d'inflammation.

Nous croyons donc que si, très souvent, les accidents dont nous parlons ne sont que de la septicémie péritonéale dans laquelle le tableau clinique de l'occlusion domine, il existe des cas encore relativement assez nombreux où nous nous trouvons en présence d'occlusions intestinales vraies.

La difficulté est d'ailleurs augmentée, quand on veut faire la part de l'une et de l'autre, par la fréquente association de ces deux affections.

Etiologie

Si on en juge par le petit nombre d'observations publiées, l'occlusion intestinale consécutive à l'hystérectomie vaginale est une complication extrêmement rare. Mais cette rareté est peut-être exagérée si on admet avec Ahston et quelques autres auteurs que beaucoup de cas de mort après les opérations abdominales et pelviennes, dans lesquelles le décès est mis au compte de la péritonite, à cause de vomissements incoercibles, ne sont en réalité que des occlusions intestinales méconnues.

Klotz estime à un ou un et demi pour cent la part de mortalité due à l'occlusion intestinale post-opératoire ; nous sommes arrivé à un chiffre un peu plus élevé, environ deux pour cent.

Nous devons ajouter, d'ailleurs, que ces chiffres ne peuvent être que très approximatifs à cause des différences d'interprétation des symptômes que nous avons déjà signalées ; les uns admettant presque toujours la septicémie ; les autres croyant plus souvent à l'occlusion.

L'âge des malades ne semble pas avoir une influence bien marquée sur la fréquence relative de cette complication.

Quant aux causes qui peuvent favoriser sa production, nous les diviserons, pour la commodité de la description, en causes prédisposantes et causes déterminantes :

1° CAUSES PRÉDISPOSANTES. — a) *Anatomiques*. — C'est la présence de l'intestin au voisinage du champ opératoire :

« On voit constamment une quantité plus ou moins grande d'intestin grêle dans l'excavation, chez la femme, d'une part entre la vessie et le rectum et surtout entre l'utérus et le rectum. Chez plusieurs individus épuisés par les maladies chroniques et chez lesquels on sentait parfaitement la colonne vertébrale à travers les parois abdominales, j'ai trouvé dans le bassin la presque totalité ou la totalité de l'intestin grêle » (1). De plus, parvenu à sa partie inférieure, l'intestin grêle plonge plus ou moins dans l'excavation, au-devant du sacrum, pour se porter ensuite de gauche à droite et un peu de bas en haut, vers le gros intestin, où il s'ouvre perpendiculairement; il est généralement fixé ou à peu près dans cette situation. Cette disposition explique, d'une part, la tendance des circonvolutions intestinales à envahir la brèche faite par l'ablation de l'utérus, et d'autre part, la possibilité, pour la partie terminale de l'intestin, d'être irritée, traumatisée ou plus ou moins comprimée par les pinces ou le pansement, devant lesquels il ne peut fuir que difficilement; aussi verrons-nous le plus souvent l'occlusion siéger dans cette portion de l'intestin, à 8 ou 10 centimètres du cœcum.

b) *Pathologiques.* — L'état général de la malade n'est pas indifférent, croyons-nous, à la production des accidents d'occlusion. En effet, on les rencontre surtout chez des malades affaiblies, épuisées, soit par les hémorrhagies, soit par l'infection; chez celles dont les parois abdominales flasques, sans aucune résistance, semblent indiquer un défaut de tonicité s'accompagnant le plus souvent des divers symptômes de l'entéroptose; chez celles, enfin, présentant à un degré plus

(1) Cruveilhier. — Anatomie descriptive.

ou moins grand un état de nervosisme qui paraît les prédisposer davantage aux réflexes.

Les lésions pour lesquelles on a pratiqué l'hystérectomie jouent un rôle mal défini vis-à-vis de la production de l'occlusion consécutive ; peut-être, cependant, celle-ci serait-elle plus fréquente à la suite des fibromes ou du cancer.

Dans certains cas de salpingites où l'intestin a contracté des adhérences plus ou moins solides aux organes du petit bassin, le traumatisme, les tiraillements nécessaires au décollement de ces adhérences ne sont pas étrangères à la production ultérieure d'une occlusion intestinale.

c) *Opératoires.* — Enfin si dans nombre de cas, l'hystérectomie se fait sans que les intestins se montrent au chirurgien, il en est beaucoup d'autres dans lesquelles les anses intestinales sont plus difficilement maintenues à distance.

Ceci se produit surtout au cas de gros fibrôme et quand la séreuse péritonéale est saine. C'est alors que les intestins et l'épiploon s'engagent plus ou moins dans le vagin. A tout instant il faut, au cours de l'intervention, les refouler avec des éponges montées ; puis, lorsque vient l'heure du pansement, la moindre imperfection dans le placement des mèches de gaze doit faire craindre qu'une anse intestinale ne fasse irruption dans le vagin.

Ces deux conditions peuvent, on le conçoit, être assez défavorables au point de vue qui nous occupe.

Ajoutons, pour être complet, que quelques chirurgiens ont incriminé la présence des pinces sans apporter d'ailleurs à l'appui de cette accusation aucune preuve sérieuse.

L'étude des causes déterminantes se confond avec celle de la pathogénie des accidents.

Pathogénie.

Dans l'étude des causes d'occlusion intestinale post-opératoire, nous envisagerons les pseudo-étranglements et les étranglements vrais, par obstacle mécanique ; et nous proposerons, pour la facilité de la description, la classification suivante :

I. — PSEUDO-ÉTRANGLEMENT

1^o Troubles moteurs essentiels, c'est-à-dire paralysie ou spasme de l'intestin par action réflexe simple ;

2^o Troubles moteurs inflammatoires, c'est-à-dire, sous la dépendance d'une péritonite.

II. — ÉTRANGLEMENT PAR OBSTACLE MÉCANIQUE.

1^o Adhérences de l'intestin à des surfaces cruentées ; plaie vaginale, épiploon, surfaces de l'intestin elles-mêmes, etc., ou au pansement ;

2^o Glissement et étranglement d'une anse sous une bride épiploïque ;

3^o Positions vicieuses de l'intestin ;

4^o Compression de l'intestin par le pansement.

5^o Constriction de l'intestin dans les mors d'une pince.

Pseudo-étranglement par action réflexe simple. — La division que nous avons admise entre les troubles moteurs de l'in-

testin non inflammatoires ou inflammatoires n'est sans doute pas bien rigoureuse en clinique ; il est bien difficile de dire s'il n'y a pas d'inflammation péritonéale, celle-ci pouvant passer inaperçue, tant les signes qui la révèlent sont parfois légers, et certains chirurgiens, M. le professeur Terrier, en particulier, considèrent les phénomènes de parésie intestinale post-opératoire comme toujours dus à une infection péritonéale, quelque légère qu'elle soit.

Gubler a décrit sous le nom de péritonisme un ensemble de phénomènes d'ordre paralytique, par action réflexe, et entraînant comme conséquences le ballonnement du ventre et la distension de l'intestin.

L'intestin paralysé se laisse distendre de plus en plus ; il ne peut plus réagir et vider son contenu ; l'arrêt des matières devient absolu. Ces accidents seraient sous la dépendance d'une irritation quelconque du péritoine, même en dehors d'une intervention d'élément septique, et seraient dus à la susceptibilité particulière de cette séreuse. On les verrait encore se produire à la suite de purgations intempestives.

Pour certains auteurs, cette paralysie suffirait à expliquer tous les accidents ; Guéneau de Mussy et Duplay admettent d'autre part « que les anses intestinales, distendues, limitées d'une part dans leur extension par les parois du ventre et fléchies d'autre part au mésentère, se coudent et se ferment par leur plicature, qui compriment les anses voisines et deviennent ainsi des espèces de soupapes autochtones d'autant plus exactement fermées que la distension est plus considérable. » Cette disposition expliquerait pourquoi les gaz restent confinés dans l'intestin et ne cheminent pas, même, lorsqu'après la mort, on exerce une assez forte pression sur la masse intestinale ; pourquoi aussi, si on

ponctionne une de ces anses, les anses voisines ne se vident pas.

Les causes d'irritation de l'intestin pendant l'opération étant nombreuses (exposition à l'air, contact avec les instruments, les éponges, les liquides antiseptiques, tiraillements quelquefois pour détruire des adhérences), on pourrait admettre à la rigueur ce mécanisme pour certaines occlusions; nous ne l'avons jamais rencontré et toujours nous avons trouvé le péritoine plus ou moins enflammé, quand il n'y avait pas d'obstacle mécanique pour expliquer les accidents.

A côté de la paralysie, nous rangerons le spasme de l'intestin. Easterly Ashton, dans son mémoire, en cite quatre exemples à la suite de laparotomie et il admet que ces occlusions spasmodiques peuvent s'expliquer par une perturbation dans les contractions physiologiques de l'intestin.

Tuja, dans sa thèse inaugurale, ajoute à ces quatre cas une observation plus démonstrative de Jaboulay et il admet le même mécanisme qu'Ashton. « Nous savons, dit-il, que l'état de contractilité normale de l'intestin constitue l'*eupéristaltisme*; la paralysie sera l'*apéristaltisme*. Ce dernier état peut survenir à la suite des précautions opératoires ordinairement en usage : repos absolu, diète, opium avant et après l'intervention.

D'autre part, tous les stimulants, et surtout les stimulants locaux, peuvent produire des excitations locales aussi, qui se traduiront par une contraction anormale de la tunique intestinale. Ces contractions désordonnées d'une part, associées à des phénomènes de paralysie siégeant en d'autres points, constituent l'état de *dyspéristaltisme*. Or, y a-t-il des excitants plus puissants que ceux produits par l'intervention du chirurgien ».

Pour Adenot, le resserrement de l'intestin ne veut pas

dire toujours qu'il] soit contracturé; normalement le côlon descendant est presque toujours rétréci; d'ailleurs, lorsque l'occlusion spasmodique existe réellement, elle est rarement isolée. Le spasme localisé sur une anse intestinale accompagne la dilatation paralytique d'une anse voisine et l'occlusion résulte sans doute plutôt de l'association de ces deux causes que de l'une d'elles exclusivement.

Le spasme peut être assez persistant pour amener des accidents mortels, comme dans le cas suivant, que M. le Dr Routier a eu l'obligeance de nous communiquer.

OBSERVATION I (inédite)

Cancer de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Occlusion intestinale consécutive. — Mort.

Cette malade mourut le sixième jour, après avoir présenté le tableau de l'occlusion intestinale.

A l'autopsie, on ne trouve pas d'autres lésions qu'une contracture du côlon descendant et de l'S iliaque qui supprimait tout calibre intestinal.

L'intestin, sur une étendue de 15 à 18 centimètres, était rétréci, comme s'il avait été ficelé, il formait un cordon très dur et du volume du petit doigt à peine.

Il nous paraît impossible de donner de ces cas une explication certaine; parmi les causes, qui peuvent à un moment donné provoquer ou exagérer le spasme réflexe de l'intestin, aussi bien que sa paralysie, il faut placer en première ligne les purgations irritantes et intempestives.

Enfin, au point de vue du pronostic de ces occlusions réflexes post-opératoires, nous devons signaler sa gravité beaucoup plus grande que s'il s'agit d'occlusions spontanées.

Il est une autre cause que nous tenons à signaler ici, car nous croyons qu'elle ne fut pas étrangère à la production de l'occlusion dans une de nos observations : c'est l'accumulation des matières stercorales. L'intestin, incomplètement débarrassé de son contenu avant l'opération, et temporairement paralysé pendant les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures qui suivent celle-ci, se trouve incapable d'expulser les matières qui se sont accumulées, lorsque les phénomènes d'inhibition commencent à disparaître. Une paralysie définitive peut s'ensuivre, soit que la nutrition des tuniques se trouve altéré, soit qu'il s'agisse d'un réflexe parti de la muqueuse irritée.

Pseudo-étranglement inflammatoire. — La péritonite aiguë, purulente, soit générale, soit locale, peut évidemment provoquer des pseudo-étranglements; on en a cité des cas dans les pseudo-iléus consécutifs à des laparotomies; nous ne l'avons jamais rencontrée dans les cas que nous avons pu observer, ni dans ceux que nous avons recueillis dans la littérature médicale. Nous n'y insisterons donc pas davantage.

Il n'en est pas de même de la septicémie péritonéale. Comme nous l'avons déjà dit en commençant, pour certains auteurs elle serait la cause presque unique des occlusions post-opératoires.

Elle peut exister seule, ou s'accompagner d'adhérences qui provoquent des coudures de l'intestin. Mais le véritable agent d'occlusion est incontestablement l'inflammation péritonéale, qui provoque la paralysie des tuniques musculaires sous-jacentes.

Cette forme de péritonite infectieuse revêt un caractère tout spécial : au point de vue clinique, son évolution presque silencieuse au début, ne devient menaçante qu'un peu plus

tard, et elle simule d'une façon frappante le tableau de l'occlusion intestinale. A l'autopsie ce sont des modifications si peu importantes que parfois on s'étonne de ce qu'elles ont pu amener la mort, et que, si on n'est pas prévenu, on peut ne pas attacher d'importance à des lésions inflammatoires si légères et méconnaître l'existence de la péritonite.

Les conditions qui déterminent cette marche particulière sont encore mal connues ; probablement s'agit-il d'une infection locale, limitée d'abord au cul-de-sac de Douglas, où la rétention d'un peu de liquide, et les tissus mortifiés deviennent un excellent milieu de culture pour les germes qui ont pu y être déposés, infection se généralisant peu à peu au reste du péritoine ; probablement aussi est-ce une qualité particulière de l'agent infectieux sur la nature duquel les recherches bactériologiques pourront nous éclairer.

Ces recherches que nous aurions voulu au moins essayer ne nous ont pas été possibles dans le milieu où nous avons observé.

Nous devons donc nous en tenir à la clinique, et nous reconnaissons que l'interprétation de ces faits est excessivement difficile ; nous en reparlerons d'ailleurs au chapitre diagnostic.

II. — ETRANGLEMENT VRAI OU PAR OBSTACLE MÉCANIQUE

Occlusion par adhérences de l'intestin. — C'est là la cause de beaucoup la plus fréquente de l'occlusion intestinale post-opératoire ; une ou plusieurs anses intestinales contractent des adhérences avec les bords de la plaie vaginale, cas le plus ordinaire, ou quelquefois avec une autre anse ou le pansement ; il s'ensuit une coudure de l'intestin, suivie de son oblitération plus ou moins complète.

Étudions les causes de ces adhérences, comment elles se forment, où elles siègent de préférence et enfin, par quel mécanisme elles arrivent à produire l'occlusion.

a) *Causes des adhérences.* — On a successivement incriminé l'infection, la destruction ou la déchirure d'adhérences préexistantes, l'irritation du péritoine viscéral ou pariétal par les éponges, les instruments, les mains, l'usage des antiseptiques énergiques, l'exposition prolongée à l'air ; certains auteurs ont aussi accusé l'emploi des pinces.

S'il est probable, qu'en effet, c'est à la réunion de quelques-uns de ces facteurs que sont dues les adhérences, l'expérimentation et la clinique démontrent qu'aucun d'eux, par lui-même, n'est suffisant à expliquer tous les cas : tantôt on trouvera des adhérences en dehors des conditions précédentes, tantôt il ne s'en produira pas alors que toutes les conditions favorables paraissent réunies.

Dembrowski, à la suite d'expériences entreprises pour éclairer cette question, conclut que seuls les corps étrangers, les escharres d'inflammation, ou les produits septiques pouvaient provoquer des adhérences.

Obalinski ne se rallie pas à ces conclusions, et il cite le fait suivant : « Bien que chez ce malade on eût laissé beaucoup de sutures et de ligatures dans le péritoine, il ne se produisit pourtant aucune adhérence à ces endroits, mais au contraire entre une circonvolution intestinale et la paroi abdominale voisine et qui était intacte. »

Il n'admet pas davantage la valeur pathogénique de la septicémie : « Il n'est pas besoin des produits septiques du péritoine que Dembrowski accuse d'être la cause de formation des adhérences ; car ce n'est pas la péritonite sep-

tique qui conduit aux adhérences mais la façon dont le péritoine est irrité. »

C'est une opinion semblable qu'émet Klotz quand il dit : « Tous les cas que j'ai observés me conduisent à cette conclusion : que l'ileus post-opératoire se produit quand une anse intestinale privée d'une façon directe ou indirecte de sa séreuse vient en contact avec une surface cruentée. »

Pour nous, nous pensons qu'il est difficile d'avoir sur ce sujet une opinion exclusive. En effet, si presque toujours, quand il y a occlusion post-opératoire on a eu, pendant l'opération, un incident ayant entraîné la chute de l'intestin dans le vagin, et son refoulement plus ou moins difficile dans le ventre, manœuvre pendant laquelle la séreuse a pu être irritée ou détruite, on peut admettre aussi, en raison de la difficulté qu'on a à désinfecter le vagin avant l'opération, à cause du pus ou autre substance septique qui s'y écoule pendant l'opération, à cause aussi de la présence des eschares dues à la pression des pinces, qu'il y a souvent un degré plus ou moins grand d'infection, et nous pensons que c'est là la cause la plus fréquente des adhérences.

b) *Comment se produisent les adhérences.* — Les adhérences sont le résultat de l'ensemble des phénomènes désignés sous le nom d'inflammation adhésive. Pour M. Cornil, la première condition nécessaire à une adhérence est la chute de l'épithélium qui tapisse la peau, les séreuses, ou les muqueuses à l'état normal.

Les conditions les plus favorables à la formation des adhérences se trouvent réunies dans les séreuses, grâce à la facilité de desquamation de leur épithélium. Lors de la chute de cet épithélium la membrane s'injecte, se vascularise; il se produit de petites ecchymoses dans son intérieur et sa surface

se recouvre bientôt d'une couche de nouvelle formation plus ou moins épaisse, sous forme d'une pseudo-membrane. Il n'est pas même nécessaire qu'il y ait péritonite locale pour que ces phénomènes s'accomplissent; il suffit qu'une pression prolongée ou une autre cause d'irritation ait déterminé la chute de l'épithélium.

Pour Ch. Robin et Cadiat, l'exfoliation épithéliale n'est même pas nécessaire; sous l'influence de l'irritation qu'elle a subie, la séreuse rougit, se congestionne; sa surface devient dépolie, et se recouvre d'un enduit poisseux dû à une exsudation qui s'est faite à la surface de la membrane et dans son épaisseur.

L'exsudat, d'abord mince, s'épaissit; il est mou, friable, de couleur grisâtre, jaunâtre, demi-transparente; ces néo-membranes ont été comparées à la colle ou la glu; elles ont encore peu de consistance et se laissent déchirer facilement; elles ont alors un aspect irrégulier, tomenteux; plus tard les capillaires les pénètrent; elles s'organisent peu à peu et constituent les adhérences vraies par opposition aux adhérences molles du début.

Ces faits se vérifient facilement en produisant artificiellement des inflammations. Chez les mammifères, les premières lésions apparaissent trois ou quatre heures après le début des expériences sous forme de décollement des cellules épithéliales et exsudation à la surface de la membrane.

Au bout d'un, deux ou trois jours, partout où le péritoine est épaissi, rouge, glutineux, les intestins ne glissent plus les uns sur les autres comme à l'état normal; les adhérences sont complètes au bout de quatre à huit jours.

Siège des adhérences. — C'est presque toujours aux bords de la cicatrice vaginale que vient adhérer l'intestin; celui-ci,

en effet, tombe dans l'espace laissé vide par l'ablation de l'utérus, arrive en contact avec les surfaces cruentées, et là, sous l'influence d'une des causes énoncées plus haut, ne tarde pas à y contracter des adhérences. Ces adhérences sont généralement multiples ; il est extrêmement rare qu'une seule anse soit fixée ; c'est deux ou trois qu'on en trouve d'ordinaire, rarement plus. L'intestin adhère par le sommet de ses anses, et les surfaces d'adhésion, plus ou moins arrondies, ne dépassent guère un centimètre de diamètre. Nous devons faire exception pour la partie terminale de l'iléon qui, appliquée contre la lèvre postérieure de la plaie, ou la paroi postérieure du petit bassin, y contracte des adhérences beaucoup plus étendues. C'est donc au fond de l'excavation qu'on devra aller chercher tout d'abord l'obstacle si on veut faire la laparotomie.

Mais l'intestin peut encore se fixer sur un moignon ou une bride épiploïque ; alors l'adhérence siège souvent un peu plus haut que dans le cas précédent et en dehors du petit bassin.

Enfin des adhérences fréquentes, croyons-nous, et qui expliquent les douleurs éprouvées par les malades au moment de l'ablation du pansement, peuvent se faire entre l'intestin et le pansement. Ce sont elles qui exposent à attirer dans le vagin soit l'épiploon, soit une anse intestinale au moment de l'ablation du pansement, surtout quand on est obligé de faire cette ablation avant les délais habituels. Reichel, en enlevant la gaze iodoformée qui occupait l'espace occupé autrefois par l'utérus, a observé dans deux cas cette chute d'une anse intestinale dans le vagin ; les deux fois l'anse était fixée et de couleur rouge sang ; dans le premier cas, il n'y avait aucun trouble ; dans le second, il y eut des coliques et des signes certains de sténose intestinale ; la guérison survint d'ailleurs

sans qu'il fût nécessaire d'intervenir. Cet accident nous est arrivé une fois à nous-même, et nous en connaissons plusieurs autres cas qui nous ont été communiqués oralement. Polk en a cité un où le refoulement de l'intestin fut suivi de mort.

OBSERVATION II

Obstruction intestinale consécutive à l'Hystérectomie

(Polk. — Transactions of the obstetrical Society of New-York, 1889).

L'hystérectomie avait été faite sans aucun incident; j'avais employé des ligatures, pas de pinces.

Le prolapsus de l'intestin se produisit au moment où j'enlevai la gaze.

J'avais fait le pansement suivant la méthode de la plupart des chirurgiens; comblant autant que possible le vide que laisse l'ablation de l'utérus, en partie dans le but de drainer, et en partie pour maintenir l'intestin en place.

Lorsque j'enlevai la gaze, à mon grand ennui, une anse d'intestin suivit. Je le lavai et le remis en place. La malade, qui allait très bien jusqu'alors, fut prise, vingt-quatre heures après, de symptômes évidents d'occlusion intestinale, et elle mourut six jours après son opération.

Mécanisme de l'étranglement. — Il est probable qu'il doit souvent exister des adhérences, étant donné l'ensemble de conditions favorables à leur production : larges surfaces cruentées; vaste plaie béante où les intestins s'engagent facilement, irritation facile du péritoine soit pendant l'opération, soit après le pansement. C'est une conséquence presque nécessaire de toute opération intra-péritonéale, et les laparotomies secondaires ou les autopsies nous confirment dans cette opinion. Nous croyons même, avec Reichel et d'autres auteurs, que ces adhérences ne sont pas étrangères aux

douleurs dont les malades se plaignent parfois après leur guérison.

Comment, alors, expliquer ce fait qu'avec des adhérences si fréquentes, on observe si rarement l'obstruction due à à cette cause ?

Les raisons invoquées varient avec les chirurgiens. Pour les uns, l'adhérence est l'agent principal de l'étranglement : « Je répondrai, dit Ahston, que la coudure de l'intestin ne suit pas nécessairement la fixation d'une anse, à moins que l'intestin ne soit fixé dans une situation anormale; en d'autres termes, si la situation normale d'une anse d'intestin est près d'une surface dénudée à laquelle elle adhère, en général il n'y aura pas obstruction. » Il y aurait donc d'abord adhérence de l'intestin, puis fixation de cet intestin dans une situation anormale et, consécutivement, coudure brusque amenant l'oblitération de la lumière de ce canal; les matières et les gaz ne peuvent traverser la partie coudée pour ressortir par le bout inférieur; l'occlusion est produite.

Pour d'autres, et en particulier pour nos maîtres P. Segond et Bouilly, le mécanisme serait souvent un peu plus complexe; l'importance de l'adhérence passe au second plan et est dominée par la pelvi-péritonite circonscrite. « La lésion primordiale, enseigne M. Segond, c'est la péritonite circonscrite, c'est la péritonite pelvienne qui tout à la fois immobilise et paralyse l'intestin dans une étendue plus ou moins considérable. Il n'en faut pas davantage pour que le cours des matières soit suspendu et, dans nombre de cas, j'estime que la pathogénie de l'occlusion se réduit à ces deux termes : fixation par les fausses membranes naissantes et paralysie des fibres lisses de par la loi de Stokes. En d'autres circonstances, les effets mécaniques d'une coudure ou d'une attitude vicieuse quelconque de l'intestin peuvent rendre l'occlusion plus complète encore; mais comme cette

coudre ou cette attitude vicieuse quelconque ne sont qu'une conséquence de la péritonite cohésive, comme l'une ou l'autre ne doivent pas à mon avis survivre soit à la reprise de la contractilité intestinale, soit à la résolution spontanée de la phlegmasie séreuse, l'occlusion n'en reste pas moins avant tout une occlusion par péritonite et partant une occlusion destinée à disparaître. »

De cette opinion, nous rapprocherons les conclusions suivantes que Marion, de Chicago, a tirées d'une série d'expériences instituées par lui sur la chirurgie intestinale :

1^o La flexion causée soit par inflammation, soit par causes extérieures, ne donne lieu à l'obstruction que dans les cas où la capacité fonctionnelle de l'intestin a été altérée ou suspendue par les causes qui ont produit la flexion ou par des conditions pathologiques consécutives et qui se sont formées indépendamment de la flexion ;

2^o Aussi un volvulus donne lieu à des symptômes d'obstruction quand les causes qui ont amené la rotation sur son axe d'une anse intestinale ont en même temps produit un arrêt de mouvement péristaltique dans la partie de l'intestin qui forme le volvulus ou lorsqu'une diminution ou un arrêt de ces mouvements arrive par suite du degré ou de l'étendue de la rotation.

Ces conclusions nous semblent confirmer la seconde hypothèse ; elles n'accordent à la flexion qu'un rôle peu important, à moins que les causes qui l'ont produite, péritonite et paralysie intestinale consécutive n'aient auparavant altéré ou suspendu la capacité fonctionnelle de l'intestin. Nous ajouterons, au point de vue clinique, que toujours ou presque toujours, il y a un peu de fièvre le troisième jour ; 38° ou 38°5 ; que dans les laparotomies secondaires pratiquées dans ces cas, et malgré toutes les précautions antiseptiques possibles, les

malades meurent avec les symptômes d'une péritonite aiguë généralisée due probablement à la généralisation d'une inflammation limitée tout d'abord au petit bassin.

Nous adoptons donc les idées de notre maître, M. P. Segond, sur ce point, et nous croyons que dans la très grande majorité des cas d'occlusion après l'hystérectomie, il faut faire une large part à la péritonite circonscrite.

Nous verrons, à propos du traitement, les résultats pratiques qui en découlent.

Quand il s'agit d'occlusions survenant seulement quelques semaines après l'hystérectomie, il semble qu'on pourrait invoquer un autre mécanisme ; l'intestin pris dans le tissu cicatriciel, paraît serré par la rétraction de celui-ci ; son calibre est diminué ; ses rapports plus ou moins modifiés, amènent sa coudure ou sa torsion, d'où production des accidents d'occlusion.

M. Mathieu a relaté un cas de ce genre devant la Société Médicale des Hôpitaux.

OBSERVATION III

(Mathieu. — Soc. Méd. des Hôpitaux, 3 mai 1895).

Femme de 56 ans, qui fut atteinte, quelques mois après avoir subi une hystérectomie vaginale, de troubles digestifs, bientôt suivis de vomissements noirs. La palpation de l'abdomen ne révéla ni tumeur, ni résistance appréciable des régions gastrique ou épigastrique. On crut cependant, en raison de l'amaigrissement très prononcé de la malade, de ses troubles digestifs et de ses vomissements couleur de suie, qu'il s'agissait d'un cancer de l'estomac.

Cinq jours après son entrée à l'hôpital, cette malade présentait des vomissements fécaloïdes et succomba dans la nuit.

Autopsie. — A dix centimètres environ de la valvule iléo-cœcale une anse intestinale est enclavée dans la cicatrice

vaginale. Cette anse est rétrécie sur toute la longueur de son inclusion cicatricielle, mais non complètement oblitérée.

De plus, il y avait en amont de ce rétrécissement une torsion de l'intestin sur lui-même; malgré cela la lumière était restée perméable, car elle donnait facilement passage à l'eau qu'on y versait.

2° *Occlusion par une bride épiploïque.* — La formation de brides cicatricielles, sous lesquelles viendrait s'étrangler l'intestin, existe-t-elle après l'hystérectomie vaginale? Nous n'en connaissons pas d'exemple; mais l'épiploon, en contractant des adhérences anormales, peut jouer le rôle de ces brides et il est intéressant de l'étudier.

Il est relativement fréquent, dans les hystérectomies vaginales, de voir le grand épiploon tomber dans le vagin, ou au moins se montrer dans la plaie vaginale.

Or, cette séreuse contracte facilement des adhérences soit dans la plaie soit aux parois de l'excavation, et se trouve ainsi tendue à travers la cavité abdominale à la façon d'un cordon dur et rigide. Nous avons personnellement observé cette disposition deux fois sur le vivant au cours d'une intervention secondaire et une fois sur le cadavre.

Sous cette bride épiploïque, l'intestin peut se glisser et s'étrangler, comme il s'étrangle sous des brides cicatricielles dues à des péritonites anciennes ou à des laparotomies. Nous en avons trouvé deux observations :

OBSERVATION IV

Hystérectomie vaginale. — Ileus consécutif. — Laparotomie. — Mort.

Rouffart, de Bruxelles (Revue de clin. et thérapeutique, 1894).

Malade ayant quitté le service depuis un mois; — elle rentre à l'hôpital Saint-Jean dans le service de M. Stiénon,

qui la fit recevoir dans mon service après avoir constaté une occlusion intestinale. Mon adjoint, le Dr Poncelet, pratiqua une première laparotomie et trouva une bride qu'il sectionna; mais l'obstacle au cours des matières ne fut pas levé et deux jours après je pratiquai une nouvelle laparotomie pendant laquelle je trouvai : — « une deuxième bride formée par l'épiploon qui, ayant glissé le long de la paroi abdominale et en arrière de la vessie, était venu se fixer au moignon formé par les ligaments larges et le vagin. »

La malade mourut, le troisième jour, du choc opératoire causé par toutes ces interventions. Elle était d'ailleurs alcoolique.

OBSERVATION V (Inédite).

Annexite. — Hystérectomie vaginale. — Occlusion intestinale consécutive. — Laparotomie. — Mort.

(Observation due à l'obligeance de mes collègues Desfosses et Pouquet)

Madame G..., 34 ans, entrée le 18 novembre 1895, dans le service de M. le Dr Tuffier, à la Maison municipale de Santé. Réglée à 18 ans, a eu trois accouchements, le dernier il y sept ans. A partir de ce moment, elle souffre dans le ventre, surtout pendant les règles, moins dans l'intervalle.

Pertes blanches abondantes dans l'intervalle des règles, qui sont très abondantes, durent longtemps et nécessitent plusieurs fois des piqûres d'ergotine.

Examen. — Col gros, mou; utérus peu mobile et gros; dans les culs-de-sac latéraux on sent un peu d'empâtement et une douleur très vive au niveau du cul-de-sac gauche. L'utérus mesure 7 cent. 1/2.

20 novembre. — Hystérectomie vaginale.

Bascule de l'utérus par hémisection antérieure; les trompes et les ovaires sont enlevés; légère hémorrhagie à la fin de l'opération parce que les mors des pinces ne prennent pas toute la hauteur des ligaments larges.

Pansement avec des mèches de gaze iodoformée dépassant le niveau des pinces.

La trompe droite présente dans sa cavité une petite tumeur du volume d'une noisette, que M. Tuffier reconnaît être une grossesse tubaire.

21 novembre. — La malade va bien.

22 novembre. — Les pinces sont enlevées. Lavement glycériné.

24 novembre. — Ablation des mèches iodoformées,

25 novembre. — La malade a un vomissement.

Jusqu'au 4 décembre, la malade va très bien.

4 décembre. — Douleurs très vives au niveau de l'estomac, vomissements aussitôt qu'un aliment est absorbé ; garde-robe régulière.

5 décembre. — Matin : Les vomissements persistent, ainsi que la douleur ; ils sont noirâtres ; pouls bon et peu fréquent. Rien d'anormal par le toucher vaginal. Potion de Rivière, piqûre de morphine.

5 décembre, soir. — La douleur persiste et se localise un peu au-dessous du creux épigastrique ; pas de vomissements de la journée.

6 décembre. — La malade va mieux, souffre moins, mais a eu de nouveaux vomissements.

7 décembre. — Vomissement très abondant ; piqûre de morphine, crises de douleurs très violentes.

10 décembre. — Pas de vomissements depuis vingt-quatre heures ; constipation absolue malgré les lavements purgatifs ; le ventre n'est pas tendu ; peu de météorisme. Glace sur le ventre.

12 décembre. — Douleurs violentes ; vomissements abondants, noirâtres et fétides.

13 décembre. — Les vomissements sont devenus fécaloïdes. M. Tuffier décide de pratiquer la laparotomie. Pendant tout l'intervalle du 20 novembre au 13 décembre, la température a oscillé autour de 37° et n'a atteint qu'une fois 38°, le troisième jour ; le pouls, qui battait 90 pulsations en moyenne, commence à s'accélérer le 9 décembre, 110 ; les 11, 11 et 12, il est à 120 ; le 13 à 150, incomptable.

Le ventre est resté souple et plat jusqu'aux derniers jours,

et n'a presque pas été météorisé. La constipation ne s'est déclarée que le 10 décembre.

Laparotomie sur la ligne médiane. On trouve les anses intestinales très distendues. Pas de traces d'épanchement ni de rougeur. Une adhérence au niveau de la cicatrice est libérée. On trouve une bride allant de l'épiploon sur les parties latérale et antérieure du petit bassin, au pourtour de la cicatrice vaginale; cette bride a le volume d'un porte-plume.

Une anse intestinale s'est glissée entre elle et la paroi et s'est étranglée.

Section de la bride. La circulation de l'intestin se rétablit immédiatement. Pas de traces de gangrène de l'intestin. Suture des parois. Mèche dans le ventre. La malade se réchauffe difficilement, continue à vomir; pouls, 140; T. 36°6; 150 gr. de sérum.

14 décembre. — T. matin, 40°3; soir, 41°6; pouls incomptable, piqûres caféine et éther.

Mort.

Les adhérences de l'épiploon dans la plaie vaginale pourraient encore produire l'occlusion par un autre mécanisme.

En effet, le grand épiploon ainsi fixé peut exercer des tractions sur les attaches du côlon transverse et, en exagérant la disposition normale de l'angle colique sous-costal gauche, amener une coudure suffisante pour produire l'étranglement.

Après avoir cité un cas où l'épiploon, solidement adhérent à une incision abdominale, était tendu au point d'attirer le côlon transverse au-dessous de la ligne de l'ombilic, Price (Am. J. of obstetric, 1889) ajoute : « De la même manière, j'ai vu l'épiploon adhérent au bassin entraîner le côlon transverse tellement loin de sa situation habituelle qu'il était facile de constater une coudure ou une torsion de l'intestin. »

Positions vicieuses de l'intestin. — Parmi les causes d'occlusions de ce genre, c'est le volvulus qui est le plus important.

Il reconnaît sans doute la même cause que les coudures de l'intestin et le mécanisme par lequel il produit l'étranglement est probablement identique. Il y a d'abord adhérence intestinale ; puis trouble des mouvements péristaltiques ; l'intestin, bridé et ne pouvant suivre ces mouvements, se contourne sur lui-même, oblitère son calibre et produit l'occlusion.

Quel est ici le rôle de la péritonite ? Il est difficile de le bien définir ; en effet, nous avons vu, au onzième jour après l'opération, alors que toute inflammation paraissait éteinte, que la malade ne souffrait plus et allait très bien à la selle, survenir des accidents d'obstruction mortelle ; une exploration vaginale permit de voir une anse intestinale incluse dans la plaie ; cette anse, attirée au dehors, montra l'intestin tordu en 8 de chiffre ; dans cette observation, l'élévation thermique du troisième et du onzième jour semblent indiquer deux poussées péritonitiques, entre lesquelles des troubles digestifs, dus à un repas trop copieux, auraient donné le signal des accidents. Bokelmann cite également un cas où on trouva à l'autopsie l'intestin enroulé sur lui-même.

Tuttle, à propos d'une occlusion après la laparotomie, dit : On verra qu'il y a un nœud de l'intestin grêle, formé par l'intestin contourné sur lui-même et les deux portions sont soudées l'une à l'autre par des adhérences récentes, formant une obstruction si complète que l'air ne peut les traverser. Les adhérences et l'obstruction étaient dues évidemment à une péritonite aseptique.

Sans nier qu'il puisse se produire de volvulus en dehors de cette cause, nous croyons donc que c'est encore à la péritonite qu'est due le plus souvent cette complication. Une première poussée inflammatoire fixant une anse d'intestin ; des troubles des mouvements péristaltiques amenant la tor-

sion, rendue elle-même définitive par une nouvelle poussée péritonitique.

OBSERVATION VI (Inédite).

Fibromes utérins remontant jusqu'au niveau de l'ombilic. — Hystérectomie vaginale. — Occlusion intestinale par volvulus et pincement d'une anse d'intestin au niveau de la cicatrice vaginale, 12 jours après l'opération. — Redressement et réduction de l'anse étranglée par voie vaginale. — Mort.

Madame X..., âgée de 40 ans, opérée par le Dr P. Segond, dans son service de la Maison de santé, le 22 mai 1894.

Réglée à 14 ans, jamais d'enfants ni de fausses couches. Bonne santé jusque il y a 7 ans. Il y a 7 ans, apparition des premiers symptômes : douleurs pelviennes fréquentes surtout au moment des époques, ménorrhagies abondantes. A cette date, M. Doléris fait le diagnostic de tumeur fibreuse et se contente de faire un curettage. Une amélioration de plusieurs mois en résulte, mais ensuite, les symptômes douleur et hémorrhagie réapparaissent en même temps que l'utérus s'accroît assez rapidement.

Il y a 18 mois, la situation commence à devenir intolérable ; les douleurs sont très vives, notamment à droite. Toute activité est compromise. La constipation devient excessive et, peu à peu, les selles ne sont possibles qu'avec le secours des laxatifs ou des lavements. Du côté de la vessie, il existe aussi des troubles de compression fort pénibles. Les hémorrhagies utérines ne sont pas plus abondantes que par le passé et se bornent toujours à des ménorrhagies plus ou moins prononcées. La tumeur utérine prend chaque jour des dimensions plus grandes ; la santé générale finit par s'altérer d'une manière notable et la malade se décide à réclamer une intervention chirurgicale plus sérieuse.

Examen. — La masse fibreuse, qui remplit l'abdomen jusqu'au niveau de l'ombilic, se compose de deux parties relativement distinctes : l'une, beaucoup plus volumineuse,

remplit la fosse iliaque droite et remonte franchement jusqu'au niveau de l'ombilic. Elle le dépasse même un peu. L'autre, moins volumineuse, ne remonte guère qu'à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et ne remplit pas aussi complètement la fosse iliaque gauche. En revanche, cette partie de la tumeur fait une saillie notable dans le cul-de-sac vaginal gauche et refoule le col à droite. Celui-ci n'est pas ulcéré et accepte librement l'extrémité de l'index. L'ensemble de la masse a conservé une certaine mobilité.

Madame X.... est très amaigrie, ses fonctions digestives se font médiocrement; elle mange peu; elle est incapable de se livrer à aucune occupation active. Poumons, cœur, foie et reins paraissent sains.

La paroi abdominale, souple et peu épaisse, permet l'exploration très facile des tumeurs sous-jacentes. L'urine est remarquable: 1° Par son acidité très marquée et par une légère augmentation de la proportion de l'urée (29 grammes par 24 heures); 2° Par une certaine diminution de ses éléments normaux (éléments fixes, chlorure et acide phosphorique); 3° Par l'existence de l'indican à l'état de traces. Elle ne contient ni sucre ni albumine.

Indications opératoires. — Basées sur l'âge, l'accroissement rapide de la tumeur, l'intensité des douleurs et l'altération progressive de l'état général.

Hystérectomie vaginale le 22 mai 1894. — Chloroforme. Curettage. Incision du vagin. Ouverture du cul-de-sac postérieur; décollement de la vessie, pincement des utérines et amputation du col suivant l'usage. La bascule par hémisection antérieure est alors amorcée et on arrive enfin dans l'épaisseur de la paroi utérine postérieure à découvrir la partie inférieure de la masse fibreuse droite. Celle-ci est morcelée, en presque totalité, par une série d'évidements conoïdes et on arrive assez vite à doubler le bord supérieur du ligament large droit, qui est sectionné après mise en place d'une pince hémostatique. L'opération devient ensuite

plus facile et s'achève dans les conditions habituelles. Les annexes sont enlevées des deux côtés, elles ne présentent pas d'autres lésions que celles de l'hypertrophie. L'opération dure une heure. L'ensemble de la masse morcelée pèse 900 grammes. Sept pinces assurent l'hémostase et quatre mèches de gaze aseptique forment le pansement.

Suites opératoires. — Pendant les premiers jours, état parfait. Le troisième jour, les pinces sont enlevées dans la matinée. Le soir de ce troisième jour, la température, qui n'avait pas dépassé jusque-là $37^{\circ}5$, s'élève brusquement à 39° . Les mèches sont enlevées doucement et sans mettre la malade en travers sur son lit. Peu après, le cours des gaz et des matières s'établit franchement et le lendemain matin, 25 mai, l'état de l'opérée est parfait ; son facies est excellent et sa température normale. Cet état satisfaisant à tous les points de vue se maintient sans l'ombre d'une alerte, du 25 mai au 2 juin. Le 2 juin au soir, à la suite d'un repas plus copieux que d'habitude, Madame X... éprouve du malaise. Le lendemain matin, 3 juin, le malaise ne fait que s'accroître, et le 3 au soir, je suis mandé en toute hâte. Ayant vu la malade la veille dans un état de santé parfaite je suis aussitôt frappé par la transformation soudaine et inconcevable de son état. La dépression est extrême, la langue est sèche, le ventre est légèrement ballonné, la température s'est élevée en une nuit de 37° à 39° . Il y a des vomissements fréquents, jaunâtres, d'odeur repoussante, mais pas encore franchement fécaloïdes. Il n'y a pas eu un gaz rendu depuis vingt-quatre heures. Après m'être assuré par le toucher qu'il n'existe rien d'anormal au niveau de la cicatrice vaginale, je prescris des lavements répétés et un purgatif, remettant toute autre intervention au lendemain, d'autant que Madame X... ne souffre pas du tout et que le ballonnement du ventre est en somme peu considérable.

Le lendemain matin, les symptômes n'ont fait que s'aggraver, la température est à $37^{\circ}2$. Le ballonnement est plus net. Et comme dernière tentative médicale, je conseille deux lavements électriques qui restent sans résultat. Le lundi

soir, l'affaiblissement de la malade a fait des progrès d'une rapidité imprévue, son pouls ne se sent plus. Ses extrémités se refroidissent, et je fais transporter la malade sur la table d'opération, me proposant de faire un anus contre nature aussi rapide que possible, si l'exploration *de visu* de la cicatrice vaginale ne me démontre rien d'anormal. M^{me} X... est dans un état de faiblesse et de presque inconscience telle que nous n'osons pas lui donner du chloroforme. Je procède alors à l'examen de la cicatrice vaginale et croyant sentir au bout du doigt, après décollement de la cicatrice, un segment intestinal rénitent, j'agrandis le décollement, j'isole le segment en question et je constate alors qu'une anse complète d'intestin grêle a subi un mouvement de torsion complet sur elle-même et qu'elle est immobilisée dans cette attitude par les adhérences pelviennes siégeant au-dessus de la cicatrice vaginale qui paraissait déjà fermée. Très rapidement et en quelques coups d'ongle, je remets les choses en état et en place, et l'issue immédiate d'un certain nombre de gaz par l'anus nous montre que nous avons bien levé l'obstacle. Mais cette intervention, trente-six heures après les accidents, était encore trop tardive. La rapidité de l'affaiblissement survenue dans les vingt-quatre dernières heures avait enlevé toute résistance vitale à la malade. Pendant la très rapide intervention vaginale que je viens de relater, elle avait déjà eu une syncope des plus inquiétantes et elle est morte une heure après.

OBSERVATION VII

Cancer de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Occlusion intestinale. — Mort.

(Bokelmann. — Arch. f. gynecology, Band XXV, H. 1)

Malade, âgée de 52 ans, réglée à l'âge de 19 ans. Règles normales; elle a eu 12 enfants et un avortement.

De constitution robuste, elle est devenue anémique par suite de mauvaise alimentation.

Le début de sa maladie remonte à neuf mois; c'étaient

des métrorrhagies très abondantes, qui persistent encore aujourd'hui accompagnées d'un ichor fétide, de douleurs cuisantes pendant la miction. Le bas-ventre est douloureux; l'amaigrissement considérable.

A l'examen, on trouve un cancer ulcéré du col; le corps de l'utérus est gros et douloureux au toucher. Cavité utérine normale.

Le 26 novembre 1883, *Hystérectomie vaginale*. L'utérus est péniblement enlevé; les masses cancéreuses remontent jusqu'au fond de l'utérus. Après la section des ligaments larges et l'extirpation de l'utérus, il se produit une hémorrhagie abondante; on l'arrête puis on enlève l'ovaire et la trompe gauches qui ont suivi.

Suites opératoires. — Pas de fièvre; température maxima 37°6. A partir du quatrième jour, vomissements, énorme tympanisme; agitation passagère et mort dans le collapsus, le cinquième jour (1^{er} décembre).

Autopsie. — Pas d'exsudation du péritoine. Enroulement d'une anse d'intestin grêle longue de 20 centimètres, appartenant à la partie inférieure de l'iléon, et siégeant dans le petit bassin; celle-ci est extrêmement rétrécie.

Compression de l'intestin par le pansement. — Cette compression peut s'exercer de plusieurs manières sur l'intestin. Un tamponnement vaginal trop serré a été dans quelques cas l'occasion d'accidents d'obstruction très graves. M. Legueu en cite un exemple, où, sur le point d'intervenir et ayant pratiqué le toucher rectal, il trouva le rectum complètement aplati; son calibre était effacé par le tamponnement intravaginal qui, trop serré, avait fortement déprimé la paroi postérieure du vagin.

En général, c'est plus haut que porte la compression: soit sur l'S iliaque, soit sur l'intestin grêle; il peut s'agir

de compression simple ou d'étranglement par une mèche ; dans tous ces cas, les accidents présentent un caractère de gravité beaucoup plus grand ; la mort en est souvent la conséquence. Cependant, l'ablation assez précoce du pansement a pu permettre quelquefois au cours des matières et des gaz de se rétablir, et la guérison s'en est suivie.

OBSERVATION VIII (inédite)

Pyo-Salpinx. — Hystérectomie vaginale. — Occlusion intestinale consécutive. — Laparotomie. — Mort.

(Observation due à l'obligeance de M. le D^r Routier).

M^{me} veuve L..., âgée de 24 ans, entre, le 2 avril 1895, dans le service de M. Routier, à l'hôpital Necker.

Elle souffre du ventre depuis deux ans. Réglée à douze ans, elle a eu trois enfants ; il y a deux ans, fausse couche de un mois et demi. C'est cette époque qui marque le début de ses douleurs.

En outre, il y a trois mois, elle aurait eu pendant ses règles un refroidissement et un frisson : elle aurait perdu du sang pendant huit jours ; le sang se serait arrêté huit jours, puis nouvelle perte de huit jours encore : le ventre est douloureux dans les deux fosses iliaques, avec irradiation dans les cuisses. Le col est à gauche ; l'utérus immobilisé ; les deux culs-de-sac douloureux et remplis par les annexes, qui forment tumeur.

Traitement. — Repos, purgation, glace, injections chaudes. 23 avril. — État toujours le même ; douleurs violentes. M. Routier se décide pour l'hystérectomie vaginale, qu'il pratique, en effet, avec ablation bilatérale des annexes.

Opération facile et très rapide. Les deux trompes, très épaissies, contenaient du pus.

Trois jours après, le 26, M. Ouvry, interne du service, enlève les pinces des ligaments larges ; la malade n'avait pas

mauvaise mine, mais n'avait pas rendu de gaz. Une heure après l'ablation des pinces, il survient une hémorrhagie abondante, la malade est syncopale; M. Ouvry, appelé, tamponne le vagin et comprime l'aorte.

Dès qu'il a cessé cette compression, le ventre s'est mis à ballonner; une heure après, M. Routier arrive; devant ce ballonnement considérable du ventre, il pense à une occlusion intestinale et pratique la laparotomie.

Les anses sont distendues, mais il n'y a pas une goutte de sang ni de liquide dans le péritoine. L'épiploon dur, tendu comme une corde, descend vers le petit bassin, étranglant l'S iliaque; cet étranglement est levé, mais une mèche de gaze iodoformée était fortement adhérente dans l'angle rentrant de cet intestin étranglé, et complétait l'étranglement; M. Routier l'enlève, met deux soies sur les deux bouts des ligaments larges sectionnés et fait descendre ces soies dans le vagin, dans lequel on met une mèche; l'opération finie, il semble que l'intestin est moins ballonné, le facies meilleur; la malade succombe néanmoins le soir, à cinq heures, sans s'être réchauffée.

Autopsie. — Pas trace de péritonite, mais une coudure brusque existe sur la partie flottante de l'S iliaque, qui n'avait été ni vue, ni levée au cours de la laparotomie.

OBSERVATION IX (inédite)

Cancer du col. — Hystérectomie vaginale ; occlusion intestinale consécutive. — Mort.

(Observation due à l'obligeance de M. le Docteur Routier).

M^{me} L'E..., âgée de 44 ans, entre le 6 juillet 1895 dans le service de M. Routier, à l'hôpital Necker.

Bien réglée et d'une bonne santé habituelle, elle est prise, il y a quatre mois, de douleurs abdominales, accompagnées de pertes que le repos arrête, mais qui reprennent dès qu'elle marche. Ces pertes ne sont pas constituées de sang pur, mais

contiennent un ichor fétide. L'utérus est en bonne position, mobile, mais avec un col énorme et dur qui ne permet que difficilement de se rendre compte de l'état des annexes qui paraissent saines.

16 juillet. — *Hystérectomie vaginale*, rendue difficile par l'énormité du col qui contraste avec l'étroitesse du vagin et de la vulve. Sur le fond de l'utérus existe un petit fibrome qui présente des adhérences épiploïques.

L'épiploon est lié et réséqué.

Deux jours après, vomissements, pouls petit, ventre souple et plat. On fait un lavage de l'estomac.

19 juillet. — Ablation des pinces ; on met une canule dans le rectum ; la malade croit avoir rendu des gaz.

20 juillet. — Elle meurt presque subitement.

Autopsie. — Pas trace de péritonite ; mais on trouve une anse d'intestin grêle étranglée par une mèche de gaze qui est passée à cheval au-dessus d'elle, après avoir été entraînée probablement par les mouvements péristaltiques.

OBSERVATION X (inédite)

Hystérectomie vaginale pour fibrome. — Occlusion consécutive. — Anus iliaque. — Mort.

(Due à l'obligeance de M. Pauchet, interne du service).

Marie Z..., âgée de 44 ans, entre dans le service de M. Labbé, suppléé par M. Michaux, en octobre 1894.

Cette malade a un gros fibrome de l'utérus ; elle est opérée peu de temps après son entrée.

Hystérectomie vaginale par morcellement. Pendant les cinq premiers jours, la malade va bien ; les pinces ont été retirées au bout de quarante-huit heures, les mèches au troisième jour.

La température et le pouls sont normaux ; l'état général est excellent ; la malade va bien à la selle.

Au cinquième jour éclatent les accidents d'occlusion intestinale type.

La malade rejette tous ses aliments ; les vomissements deviennent de plus en plus fréquents, mais sans présenter nettement le caractère fécaloïde.

Des coliques violentes surviennent ; les anses intestinales se dessinent sous la paroi et on distingue leurs mouvements péristaltiques ; la constipation est absolue.

La température est normale ; le pouls est à 120.

Les forces se dépriment rapidement ; le facies présente des altérations profondes.

M. Pauchet fait l'anus iliaque le sixième jour ; issue de matières liquides et de gaz, qui continue une partie de la nuit.

Mort le lendemain.

A l'autopsie, le péritoine est sain ; ni liquide, ni fausses membranes, ni enduit poisseux ; mais on trouve une anse intestinale étranglée dans la cicatrice par une mèche laissée au fond du vagin.

Dans d'autres cas, après des phénomènes d'occlusion présentant un caractère de gravité inquiétante, l'ablation des mèches a fait rapidement cesser les accidents.

OBSERVATION XI (inédite)

Fibrôme de l'utérus remontant à mi-distance de l'ombilic et du pubis. — Hystérectomie vaginale. — Au troisième jour, phénomènes d'occlusion intestinale qui n'ont cédé que par l'ablation des mèches. — Guérison.

Madame X..., âgée de 30 ans, opérée à la maison Dubois le 22 octobre 1895.

Indication opératoire. — Était basée sur l'âge de la malade, les douleurs pelviennes et l'abondance des métrorrhagies.

L'opération dure une heure ; la masse morcelée comprend 30 morceaux et pèse 1.300 grammes.

Suites opératoires. — 23 octobre. — Vomissements alimen-

taires mais état général satisfaisant. Température et pouls normaux.

24 octobre. — Les vomissements persistent et sont noirâtres. La malade se plaint de brûlure épigastrique et de colliques violentes avec sensation d'arrêt brusque des mouvements péristaltiques du côté de la fosse iliaque gauche. C'est à ce niveau que le météorisme est le plus prononcé, le ventre est d'ailleurs très ballonné, les anses intestinales se dessinent sous la paroi et on perçoit les mouvements vermiculaires de l'intestin. La température ne dépasse pas 37°8, le pouls est très bon, mais la dyspnée est assez prononcée et, malgré le besoin incessant qu'elle en éprouve, la malade ne rend par l'anus ni gaz ni matières. L'introduction d'une sonde dans l'anus ne donne aucun résultat.

25 octobre. — Ablation des pinces. Cette ablation n'amène aucune amélioration et, dans l'après-midi, les phénomènes d'obstruction intestinale ne font que se succéder. La température reste normale, mais le facies prend un aspect caractéristique. Le ballonnement augmente; le pouls s'accélère et les vomissements persistent sans toutefois devenir fécaloïdes. En présence de ces symptômes, l'interne de service procède à l'ablation immédiate des mèches en plaçant la malade en travers sur son lit et en écartant les parois vaginales avec deux valves. Au cours de cette manœuvre, un morceau d'épiploon ayant été entraîné dans le vagin avec une mèche, il est aussitôt soigneusement lavé et réintégré dans la cavité abdominale. Une heure après, l'obstruction ne cédant pas, on administre un lavement gazeux; sa pénétration provoque une douleur extrêmement violente, mais au bout d'un instant, des gaz sortent par l'anus, le cours des matières se rétablit dans la soirée et, à partir de cet instant, la guérison suit son cours sans nouvel incident.

(Dans ce cas particulier, nous a dit M. Segond, je pense que l'une des mèches était la cause mécanique de l'obstruction. Je ne sais s'il s'est agi d'une compression directe ou d'une attitude vicieuse quelconque par adhérences de l'intestin aux mèches, mais le fait, c'est que l'ablation du pansement a été la vraie cause

du rétablissement du cours des matières et, par conséquent, je ne puis qu'applaudir à la conduite qui a été suivie.

Je ferai toutefois observer que pour mon compte, je ne pratique jamais l'ablation des mèches suivant le manuel qui a été ici adopté. Trois jours après un morcellement vaginal, placer une femme en travers de son lit et lui introduire des valves dans le vagin, sont deux manœuvres que je considère comme dangereuses.

L'usage des valves me paraît en particulier très mauvais parce que, sans aucun bénéfice pour la facilité d'ablation des mèches, on s'expose à détruire les adhérences qui commencent à se former au fond du vagin et à faciliter l'issue de l'épiploon ou d'une anse intestinale).

OBSERVATION XII (Inédite).

Fibrôme interstitiel de la face postérieure de l'utérus faisant remonter le fond de l'organe à mi-distance du pubis et de l'ombilic. — Hystérectomie vaginale. — Troubles d'obstruction dus à la compression intestinale par les mèches. — Guérison.

(M. le Dr P. Segond)

Madame X..., envoyée par mon ami, le Dr Ribemont et opérée chez les Sœurs de la rue de la Santé, le 28 octobre 1895.

Indications opératoires. — Basées sur les métrorrhagies, l'intensité des troubles de compression rectale et sur l'évolution rapide de la tumeur.

L'opération, faite le 28 octobre 1895, dure 40 minutes et est conduite suivant le procédé habituel : (curettage de la cavité utérine qui mesure 12 c.). Amputation du col après pincement des utérines. Evidemment conoïde de la presque totalité du fibrôme. Bascule de l'utérus par hémisection antérieure. — Ablation totale des annexes qui sont simplement hypertrophiées mais qui sont maintenues par des adhérences assez solides ; l'ensemble de la masse morcelée comprend 32 morceaux et pèse 1 kilo.

Suites opératoires. — Aucun incident jusqu'à l'ablation des pinces qui a lieu suivant l'usage au bout de 48 heures. Le 3^e jour, la malade est purgée le matin un peu avant l'ablation des pinces, et le soir, l'état reste encore assez satisfaisant bien que le purgatif soit demeuré sans effet et qu'il n'y ait pas eu d'émissions gazeuses. Le 4^e jour, après une nuit très agitée, l'état s'aggrave; la température reste aux environs de 38°, mais le pouls, très faible, bat 120 pulsations par minute. Les vomissements apparaissent incessants, bilieux et porracés. Le besoin d'aller à la selle est continu, mais n'aboutit à aucune émission de gaz ni de matières.

Le facies est absolument péritonitique; les yeux sont excavés, le nez effilé, la langue très sèche, les extrémités froides et la voix cassée. La parfaite connaissance est toutefois conservée; le ballonnement abdominal est modéré, mais sensible, et le creux épigastrique est douloureux. On tente encore d'obtenir une selle par un lavement glyceriné. Les mèches sont alors retirées; je m'assure par le toucher qu'il n'existe aucune anse intestinale engagée dans la cicatrice. Une grosse sonde est placée dans le rectum; la malade est entourée de boules d'eau chaude et je pratique un léger massage sur le ventre. Au bout de quelques minutes, une petite quantité de matières liquides est expulsée avec quelques gaz; un léger soulagement se produit aussitôt; l'agitation diminue, les extrémités se réchauffent, les vomissements s'espacent et le pouls, qui était monté jusqu'à 140, descend à 110. Enfin, vers le soir, une débâcle abondante se produit; tous les symptômes alarmants disparaissent et la guérison se fait ensuite rapidement et sans nouvel incident.

Madame X... quitte la Maison de santé, au bout d'un mois, en parfait état.

OCCCLUSIONS DUES A UNE FAUTE OPÉRATOIRE. — La situation dans le petit bassin de la dernière portion de l'intestin grêle, la tendance qu'a la masse intestinale à envahir l'espace laissé libre par l'utérus, expliquent assez bien que l'intestin

puisse être pris dans les mors d'une pince ; cet accident est d'ailleurs très rare ; nous n'en connaissons qu'un exemple que nous empruntons à la thèse de Jayle.

Il peut exceptionnellement n'en pas résulter d'accidents immédiats, à moins que l'intestin n'ait été complètement oblitéré ; dans la majorité des cas nous ne savons pas si un accident de ce genre existe et ce ne sera guère qu'à l'autopsie qu'on le reconnaîtra.

OBSERVATION XIII

(XXIX de la thèse de Jayle)

Madame L... D..., âgée de 43 ans.

Cette malade est atteinte de pelvipéritonite chronique avec poussées douloureuses qui l'immobilisent au lit.

22 août 94. — Hystérectomie vaginale. L'opération a été difficile et compliquée.

22 août. — T. 36°8 — 37°2. — Pas de vomissements, ballonnement, douleurs très vives, agitation, urines claires, assez abondantes.

23 août. — T. 36°8 — 36°8. — Vomissements pendant la nuit et la journée, ballonnement, douleurs très vives ; agitation et respiration anxieuse.

24 août. — T. 37°2 — 37°2. — Vomissements fécaloïdes, ballonnement, douleurs très vives ; selle diarrhéique à l'ablation des pinces.

25 août. — 37°6 — 38°8 (rectale), — Vomissements fécaloïdes, douleurs très vives ; ballonnement ; pouls petit, 135 pulsations, urines rares. Teinte subictérique. Mort dans la soirée, 76 heures après l'opération.

Autopsie. — Une anse du petit intestin qui était adhérente aux annexes droites a été pincée latéralement (perforation de 1 cent.). Epanchement du contenu intestinal en assez faible quantité dans la cavité péritonéale. Lésions ordinaires de la péritonite suraiguë.

Anatomie Pathologique

A l'autopsie d'une malade ayant succombé avec les symptômes de l'occlusion intestinale post-opératoire, on trouve le plus souvent, dans le petit bassin, une ou plusieurs anses intestinales adhérentes à la plaie vaginale sur une étendue plus ou moins grande. Tantôt cette plaie vaginale est nette, propre, tantôt d'un aspect sale, couverte d'un liquide louche ou purulent; presque toujours le péritoine présente des traces d'inflammation au voisinage du foyer opératoire; souvent, il paraît sain dans la grande cavité; enfin, on peut rencontrer les lésions de la péritonite généralisée.

Nous n'avons pu pratiquer qu'une seule nécropsie; aussi serons-nous obligé d'emprunter beaucoup aux auteurs pour tenter une description des lésions que l'on trouve.

Quand il s'agit d'occlusion vraie, les parois intestinales au niveau de l'étranglement sont épaissies, infiltrées; autour de ce point, et dans une étendue variable, mais ne dépassant pas, en moyenne, deux ou trois centimètres de rayon, leur aspect varie suivant le degré d'étranglement et sa durée.

Au début, c'est de la congestion avec teinte rouge, uniforme, léger œdème; peu à peu, l'intestin prend une coloration plus foncée, vineuse, violette ou même noirâtre; quelquefois on peut voir des ecchymoses dans les parois.

Au point où porte la constriction ou au niveau de l'angle de couture il existe un sillon circulaire ou en croissant, caractérisé par l'épaisseur plus grande de la paroi, et l'ab-

sence de coloration. Ce sillon est plus ou moins marqué suivant le degré et l'ancienneté de l'étranglement ; il persiste plus ou moins pendant quelque temps, même lorsque l'étranglement a été levé.

Dans le cas de constriction énergique, l'intestin peut se gangrener et verser son contenu dans la cavité péritonéale, où il provoque les lésions d'une péritonite aiguë généralisée ; cette lésion est très rare, d'ailleurs, car la mort survient la plupart du temps trop vite pour lui laisser le temps de se produire.

Au-dessus de l'étranglement, les anses intestinales, très dilatées, sont distendues par des gaz ; souvent elles sont vascularisées, avec de fines arborisations ; au-dessous, l'intestin est normal, vide, affaissé, blanc, lisse.

Notons, en passant, que l'étendue des lésions est très variable ; tantôt très limitées, elles pourront, dans d'autres cas, porter sur une longueur de 12, 15, 18 centimètres d'intestin, qui sera ou contourné sur lui-même en volvulus, ou coudé en S italique et alors adhérera à la paroi en deux ou trois points rapprochés et même parfois les branches de l'S seront soudées l'une à l'autre ; entre ces points adhérents l'intestin, revenu sur lui-même, ridé, est congestionné, rouge, d'aspect chagriné.

Le péritoine pariétal n'est ni vascularisé, ni dépoli ; au niveau des points adhérents, il présente les différentes lésions que nous avons déjà décrites en étudiant le mécanisme des adhérences. En dehors de ce point, la séreuse a conservé son aspect normal ; elle est lisse, luisante ; parfois, elle est légèrement vascularisée sur la portion d'intestin située au-dessus de l'étranglement.

Nous n'avons jamais trouvé d'épanchement.

Pas d'exsudat, pas de dilatation des anses intestinales au-

dessous du point étranglé, pas de vascularisation du péritoine, tels seront les signes qui nous permettront de distinguer l'occlusion vraie de l'occlusion par septicémie péritonéale. Dans la septicémie péritonéale, en effet, on trouve toujours des lésions. Ces lésions peuvent, d'ailleurs, être très peu importantes, assez même pour échapper à un observateur dont l'attention n'a pas été attirée de ce côté.

Parfois, la séreuse sera simplement injectée par traînées ou par plaques, poisseuse; un peu plus souvent, on constate au point de contact des différentes anses intestinales des exsudats fibrineux très fins, qui, ici et là forment des adhérences facilement détachables; dans certains cas, ces exsudats, plus abondants, agglutinent les anses intestinales entre elles ou les fixent à la paroi; très rarement on trouve un exsudat séreux un peu considérable; cet exsudat se réduit d'ordinaire à quelques grammes de liquide louche étalé sur la plaie vaginale ou dans le cul-de-sac de Douglas. Toujours il y a dilatation énorme et vascularisation de l'intestin.

Dans notre cas les autres organes étaient sains; il en est de même d'un cas de Reichel.

Ces lésions sont les lésions ordinaires de la septicémie péritonéale, mais, ici, les plexus nerveux ont été sans doute impressionnés d'une façon particulière et la paralysie qui s'en est suivie a reproduit d'une façon frappante le type clinique de l'iléus.

Verchère a décrit, sous le nom de septicémie intestino-péritonéale, une affection qui reproduit, elle aussi, le tableau de l'occlusion intestinale; après avoir opposé aux symptômes de la septicémie péritonéale ceux de l'affection qu'il décrit, il oppose aussi lésions à lésions : « Dans l'affection que nous avons décrite, dit-il, rien de semblable; le péritoine a conservé son aspect normal, lisse; les anses intestinales leur

indépendance. La couleur est seule modifiée; la séreuse est rouge sombre, plus vascularisée qu'à l'état normal. Le changement de couleur est surtout accentué au niveau du péritoine viscéral; sur les parois il est moins marqué. » Et il attribue aux accidents la pathogénie suivante : Distension des anses intestinales par réflexe immédiat (péritonisme de Gubler) et par rétention des gaz intestinaux; grâce à cette distension et à l'état particulier dans lequel se trouvent les parois intestinales, filtration à travers les tuniques intestinales, d'où épanchement de liquide septique chargé de micro-organismes ou de gaz putride; ce liquide et ce gaz sont absorbés par le péritoine et la septicémie commence.

Nous ne nions pas l'existence de cette affection, mais ni comme symptômes, ni comme lésions, nous ne l'avons jamais rencontrée dans nos différentes observations, et si on peut supposer qu'il y a eu pseudo-iléus et que celui-ci s'est terminé par la septicémie péritonéale, on peut dire aussi que le pseudo-iléus était dû lui-même à l'inflammation péritonéale pré-existante.

Nous nous rangeons plus volontiers à cette dernière opinion, croyant, avec Frankel, que la septicémie est toujours due à l'introduction de germes pathogènes, mais de virulence variable; que ces germes soient, comme l'admet Bumm, ou virulents d'emblée, ou qu'ils n'acquièrent leur virulence qu'un certain temps après leur introduction dans la cavité péritonéale et grâce au milieu de culture qui leur est fourni par le sérum sanguin épanché dans le foyer opératoire; d'où la nécessité d'assurer autant que possible la siccité de la cavité péritonéale.

Symptômes

Il est difficile de donner de l'occlusion intestinale post-opératoire une description à la fois exacte et générale.

Il y a, il est vrai, des symptômes constants, que l'on trouve dans tous les cas, qui sont, pour ainsi dire, pathognomoniques, tels, par exemple, les vomissements, la constipation absolue, la fréquence et la petitesse du pouls opposées à la température normale ; mais à côté de ces signes, variables d'ailleurs eux-mêmes dans leur mode de groupement ou le moment de leur apparition, dans leur forme ou leur intensité, il y en a d'autres, inconstants, qui modifient plus ou moins le tableau clinique de l'occlusion.

Aussi nous proposons-nous, après une description sommaire de l'évolution de ces accidents, de revenir plus en détail sur l'étude de chacun d'eux.

Le début est généralement marqué par des vomissements ; d'abord alimentaires, et consistant surtout en une quantité plus ou moins grande de liquide que la malade absorbe pour étancher sa soif et rejette presque aussitôt tels quels, ils changent peu à peu de caractères, deviennent bilieux, noirâtres, fétides ; ils sont très fréquents, presque incessants.

Les selles, les gaz se suppriment ; la constipation est absolue et opiniâtre. Une dyspnée très pénible tourmente les malades ; le hoquet vient encore quelquefois ajouter à leurs souffrances.

Pendant ce temps, des douleurs abdominales sont sur-

venues tantôt modérées, tantôt violentes ; le ventre, souple tout d'abord, s'est tendu, puis plus ou moins ballonné ; il n'est pas rare de voir les anses intestinales se dessiner sous la paroi.

Alors, le visage s'altère rapidement, devient grippé, prend cet aspect particulier décrit sous le nom de facies abdominal ; les yeux semblent excavés, cerclés de noir ; les pommettes saillantes ; le nez s'effile ; les sillons naso-labiaux et palpébraux se creusent : les lèvres et le nez sont souvent cyanosés ; la peau a une teinte grisâtre et terreuse.

Du reste, la peau prend un aspect particulier sur tout le corps ; elle est gris-jaunâtre, couverte d'une sueur froide et visqueuse et, quand on la pince, le pli formé persiste pendant quelques instants.

La température centrale reste normale pendant toute l'évolution de la maladie ; le pouls, qui était resté d'abord calme, s'accélère le 2^e et le 3^e jour, puis, peu à peu, devient petit, dépressible, incomptable. En même temps, se produit un refroidissement plus ou moins marqué des extrémités ; le bout du nez devient froid lui aussi : la dépression des forces est rapide et profonde, les urines se suppriment et la malade succombe, ayant, le plus souvent, conservé son intelligence intacte jusqu'à la fin.

Revenons maintenant sur les différents symptômes que nous avons énumérés et décrivons quelques-unes des formes particulières qu'ils peuvent présenter.

1^o *Vomissements*. — Les vomissements constituent un signe de la plus grande importance au point de vue du diagnostic et du pronostic.

Ce signe est, sinon le premier en date, au moins un des premiers ; en effet, si l'occlusion suit immédiatement l'inter-

vention chirurgicale, les vomissements peuvent se montrer aussitôt après celle-ci pour ne plus cesser; ils peuvent s'apaiser pendant 2, 3 ou 4 jours; leur récurrence, après cet apaisement, devient alors d'un pronostic fâcheux.

Si l'occlusion survient plus tardivement, quelques semaines après l'opération, ils sont précédés par une période de troubles gastro-intestinaux et de nausées.

Nous les avons trouvés d'une façon absolument constante; et, quant à leur marche, ils sont le plus souvent tellement fréquents et continus que les malades ne cessent pour ainsi dire pas de vomir; ils persistent jusqu'à la fin, ou sont remplacés, à la période ultime, par des régurgitations sans efforts.

Les matières vomies sont variables suivant la période de la maladie; d'abord purement alimentaires, elles deviennent souvent, dès le deuxième jour, bilieuses, noirâtres ou brun verdâtres, fétides; cette fétidité est plus ou moins prononcée, mais ce n'est que dans un nombre de cas relativement restreint qu'elles ont présenté les caractères des vomissements fécaloïdes; ce serait donc une faute d'attendre ce dernier symptôme pour assurer son diagnostic ou décider son intervention; dès que les vomissements persistent au delà du deuxième jour, ou réapparaissent après avoir cessé, on doit penser à une occlusion possible.

2° *La constipation* absolue et surtout l'absence persistante d'émission de gaz par l'anus est le symptôme de beaucoup le plus important. Pendant le premier et le second jour après l'opération elle est pour ainsi dire la règle; elle devient inquiétante si elle se prolonge; car alors elle indique soit que la capacité fonctionnelle de l'intestin est abolie par des troubles réflexes simples ou inflammatoires, soit qu'un obstacle mécanique en interrompt le calibre. Généralement cette

constipation date du moment de l'opération ; quelquefois les malades ont rendu des gaz au deuxième ou troisième jour avant que la constipation ne devienne définitive. Rien ne sort par l'anus, ni gaz ni matières ; cependant il faut se rappeler qu'on peut avoir des évacuations alors que l'occlusion est déjà constituée ; les malades voient leur bout inférieur, suivant l'expression consacrée ; il est d'ailleurs nécessaire d'interroger l'entourage avec la plus grande attention pour être sûr qu'il y a eu réellement une garde-robe.

Il nous est arrivé plusieurs fois de reconnaître ainsi que de prétendues évacuations étaient simplement l'eau d'un lavement plus ou moins salie par les matières contenues dans le gros intestin. Ces deux points sont intéressants à noter pour ne pas rester dans une sécurité trompeuse.

La constipation est opiniâtre, résiste aux purgatifs, d'autant plus que ceux-ci sont presque toujours vomis, et aux lavements simples ou médicamenteux.

3° *Douleur*. — C'est un symptôme inconstant et très variable quant à sa forme, et à son degré.

Dans un certain nombre d'observations il n'en est pas question ; dans d'autres, les observations de Coë, de Reichel, par exemple, il est dit très explicitement que les douleurs sont nulles ; Coë ajoute même « La douleur brille par son absence. »

Dans les cas que nous avons observés, nous avons toujours trouvé que les malades souffraient ; tantôt c'étaient des douleurs modérées, supportables, à peine exagérées par la pression ; tantôt c'étaient des souffrances atroces, revenant par crises sous forme de coliques violentes qui arrachaient des cris aux malades.

Quelquefois la douleur est diffuse ; mais elle peut se loca-

liser plus ou moins et parmi les localisations nous en avons rencontré une assez fréquente :

C'est une douleur au creux épigastrique, que les malades comparent souvent à une sensation de brûlure extrêmement pénible.

Ce signe très important est presque constant aussi bien d'ailleurs dans les cas d'occlusion que dans les péritonites au début. Nous l'avons trouvé plus ou moins développé chez toutes nos malades. On l'a attribué à la dilatation progressive de l'estomac et du côlon transverse. C'est généralement vers le deuxième ou le troisième jour qu'il apparaît.

Obalinski parle aussi d'une douleur spéciale accompagnant les mouvements péristaltiques de l'intestin et s'arrêtant au niveau de l'obstacle.

Irrégulière dans sa marche, tantôt elle apparaît violente dès le début des accidents pour diminuer ou disparaître à la fin; tantôt légère en commençant, elle s'aggrave progressivement et peut devenir extrêmement violente; c'est même le cas le plus ordinaire.

4° *Tympanisme*. — Dans tous les cas d'occlusion intestinale post-opératoire le ventre est plus ou moins ballonné; mais c'est encore un symptôme très variable; il peut manquer au début, n'apparaître qu'à une époque assez avancée de la maladie; d'autres fois, au contraire, il sera le premier signe avec l'accélération du pouls : très modéré dans certains cas, pendant toute l'évolution des accidents, et ayant conservé une certaine souplesse, il peut devenir énorme avec tension et dureté de l'abdomen; on peut dire d'une façon générale que le ballonnement du ventre, peu marqué au début, augmente progressivement, reste stationnaire à partir d'un certain point, sans jamais devenir excessif; il est presque toujours accom-

pagné de la dilatation des anses intestinales qui se dessinent sous la paroi.

Son importance pour le diagnostic au début est grande, soit qu'il coexiste avec d'autres signes, tels que l'accélération du pouls et les vomissements en dehors de toute élévation de température, soit, surtout, qu'il présente certains caractères particuliers sur lesquels nous devons insister.

Le tympanisme peut être asymétrique, plus marqué dans une région de l'abdomen que dans les autres; il constitue alors un signe très important, presque pathognomonique, lorsqu'il s'ajoute à des mouvements intestinaux antipéristaltiques perçus à travers la paroi (Coë, O'Balinski). Ce dernier auteur, sur 79 cas d'occlusions purement mécaniques, a trouvé les deux symptômes 71 fois; 13 fois les deux réunis; 27 fois le météorisme local seul; 31 fois l'augmentation des mouvements péristaltiques. Sur six de nos observations trois fois nous avons trouvé les deux signes réunis; une fois le météorisme local seul; deux fois l'augmentation des mouvements péristaltiques.

Von Wahl attribue la distension intestinale à la rapide décomposition du contenu intestinal arrêté; si on peut assister au début des accidents on verra le météorisme local, puis la direction de l'augmentation de volume suivant l'intestin au-dessus du point étranglé; plus tard ce signe disparaît peu à peu devant le ballonnement progressif de tout le ventre.

Température. — Les modifications de la température sont faibles ou nulles et on peut dire que dans l'occlusion post-opératoire l'apyrexie est la règle et l'hypothermie est très rare, même à la fin. Souvent, il est vrai, nous avons vu au début des accidents une légère ascension thermique, 38° ou 38°5 au plus, mais dès le lendemain, la température était

revenue à la normale et s'y maintenait ; presque jamais elle ne tombe au-dessous et la mort survient alors que le thermomètre est aux environs de 37°.

Il ne faut donc pas compter sur l'abaissement de la température pour établir le diagnostic et se décider à agir.

Nous n'avons visé bien entendu que les cas d'occlusion mécanique ; car, dans les pseudo-étranglements par péritonite la température suit une marche variable avec chaque cas, et n'est nullement assujettie à une règle quelconque. En résumé, c'est un symptôme quelquefois trompeur, et auquel on ne doit ajouter qu'une médiocre créance.

Pouls. — Bien autrement important est le pouls. Au cours de l'occlusion post-opératoire, il subit de grandes modifications, portant principalement sur sa fréquence et sa force et accessoirement sur sa régularité.

Immédiatement après l'opération, le pouls est souvent ralenti ; le lendemain, il reprend, en général, son rythme habituel ; il reste calme, normal, bien frappé pendant les deux premiers jours de la maladie ; on note alors 80, 90 pulsations ; puis il augmente de fréquence, atteint 115, 120 pulsations le troisième jour, pour monter ensuite à 140, 150 et plus ; mais alors, il est extrêmement petit, dépressible, incomptable ; cette petitesse du pouls n'est pas toujours en relation avec sa fréquence ; même très fréquentes, les pulsations peuvent être encore bien frappées, et si on n'est pas prévenu on s'abandonne facilement à une fausse sécurité.

Ce n'est souvent qu'assez tard et brusquement que le pouls s'affaiblit ; le pronostic est alors très grave, et presque sans espoir.

Ordinairement la fréquence va augmentant ; dans quelques cas exceptionnels, le pouls peut redevenir plus lent, plus fort, pour reprendre ensuite sa marche croissante, ou

bien décroître en force et en fréquence jusqu'à la mort ; mais, nous le répétons, c'est tout à fait l'exception.

Plus rare est l'accélération du pouls tout à fait au début, et ce signe, surtout s'il coïncide avec un peu de tympanisme, même en dehors de toute élévation de température, a permis à des chirurgiens de diagnostiquer un étranglement que rien autre ne faisait prévoir ; il est utile de le connaître ; en général cependant, la rapidité précoce du pouls appartient plutôt à la péritonite.

Le chiffre des pulsations varie trop d'un cas à l'autre pour pouvoir en tirer des renseignements précis ; dès qu'il dépasse 100, on doit être sur ses gardes ; sa fréquence croissante indique toujours un pronostic grave.

Il résulte de ce que nous venons de dire, que la marche de la température et celle du pouls sont absolument indépendantes l'une de l'autre ; Trélat, dans ses Cliniques, signale ce fait : « Le malade avait, dit-il, une température basse, pas hypothermique mais peu élevée, 37°4 ou 37°5 ; c'était la température normale ; mais, en revanche, je constatai tout de suite un signe sur lequel j'attirerai toute votre attention ; il avait 120 à 130 pulsations ; par conséquent, pulsations fréquentes et température normale, c'est là un signe fréquent qui a une très grande valeur. »

Ce signe, nous l'avons rencontré chez toutes nos malades et il nous éclairera dans le diagnostic difficile de la péritonite et de l'iléus.

Respiration. — Les troubles respiratoires, malgré qu'ils soient variables suivant les cas, méritent néanmoins qu'on leur accorde une certaine importance en raison de l'époque de leur apparition, de leur intensité, de leur constance.

Ce symptôme apparaît parfois de très bonne heure, avant

toute autre manifestation, et il doit mettre le chirurgien en éveil.

Mais, généralement, la dyspnée se montre avec la douleur et les vomissements; quelquefois, elle survient plus tard, et alors que l'occlusion est déjà franchement installée.

Les malades sont anxieuses; leur respiration devient précipitée, difficile. Elles étouffent, ont soif d'air, demandent qu'on ouvre les fenêtres; pour mieux aspirer l'air, elles font de larges aspirations la bouche ouverte, sans pouvoir arriver d'ailleurs, même au prix des plus grands efforts, à satisfaire au besoin de leurs poumons.

Cette dyspnée est continue, coupée parfois de crises de suffocation.

Cependant l'air pénètre librement dans la poitrine, et à l'auscultation on ne trouve rien.

La fréquence des mouvements respiratoires est augmentée; mais sans que le chiffre en soit très élevé; il ne dépasse presque jamais environ 30 par minute.

En dehors des crises de suffocation, le rythme est régulier, interrompu seulement de temps à autre par une inspiration plus profonde.

Ces troubles respiratoires paraissent d'ailleurs suivre une marche à peu près parallèle à celle de la fréquence du pouls, sans pour cela en dépendre, car on peut les rencontrer avec un pouls à peu près normal.

Généralement cette dyspnée va plus ou moins régulièrement augmentant jusqu'à la mort, et des crises de suffocation fréquentes indiquent une gravité particulière de pronostic.

Elle est, d'ailleurs, un symptôme à peu près constant dans l'occlusion intestinale. Le ballonnement du ventre n'est pas assez développé, en général, pour gêner mécaniquement les mouvements respiratoires. La dyspnée de l'occlusion doit plutôt être attribuée à la résorption de produits toxiques.

Diagnostic

La réunion de plusieurs de ces différents signes offre une importance de premier ordre pour le diagnostic, mais aucun n'a par lui-même, surtout dans les occlusions précoces, une valeur pathognomonique absolue.

L'occlusion, en effet, peut suivre immédiatement l'opération, ou ne survenir que plus tardivement. Dans les deux cas son début est insidieux; immédiatement après l'opération, elle se cachera derrière l'ensemble des symptômes, suites ordinaires des interventions ayant intéressé le péritoine; plus tard, elle s'annoncera par des phénomènes d'embarras intestinal plus ou moins prolongé, avec fièvre (Obs. VI), vomissements, pouvant ressembler à ceux du cancer (Obs. III), ou simples nausées, si bien qu'on pourra croire à quelque complication inflammatoire ou à un néoplasme.

Toutes les opérations qui intéressent le péritoine, dit M. Quenu (1), alors même qu'elles ont été faites dans les meilleures conditions, amènent constamment quelques perturbations dans le fonctionnement des organes abdominaux.

Il en résulte que les phénomènes d'occlusion grave sont souvent précédés d'un ensemble de symptômes constituant une sorte de période intermédiaire et il est souvent difficile de dire où finissent les phénomènes inhubitoires suivant

(1) *De l'occlusion intestinale après les laparotomies.* (Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., septembre 1894).

immédiatement l'opération et où commencent les troubles résultant de l'occlusion.

Ainsi, chez certains malades présentant une intolérance particulière, le chloroforme seul peut déterminer des vomissements prolongés durant vingt-quatre heures et même quarante-huit heures.

D'autre part, du fait du traumatisme, dans les opérations très laborieuses, on peut voir survenir durant le même temps du météorisme abdominal et une inertie intestinale absolue, qui est pour ainsi dire la règle pendant les premier et deuxième jours.

Ce sont là des causes d'erreur qu'il faut connaître, mais dont il ne faudrait pas exagérer la portée ; si le facies n'est pas altéré et surtout si le pouls est bon, il y a encore peu d'inquiétude à avoir. Mais quand, au troisième jour qui suit l'opération, on constate du météorisme et de la rétention des gaz, avec des vomissements répétés, surtout si un léger purgatif précoce est demeuré sans résultat, on doit songer à une occlusion possible, soit qu'il s'agisse de péritonite ou d'obstacle mécanique. Sans doute, à ce moment, le tableau symptomatique est rarement complet. Les vomissements ne sont pas encore fécaloïdes, le bout inférieur de l'intestin peut se vider et donner lieu à une selle trompeuse, il est cependant capital de faire le diagnostic de bonne heure, car quand il sera devenu tout à fait évident, il sera souvent trop tard pour agir. On songera d'abord, pour les éliminer, aux occlusions dues simplement à des causes accidentelles, par exemple, à la compression du rectum par un tamponnement vaginal trop serré, comme on en a cité des exemples ; le toucher rectal et un examen minutieux permettent facilement de trancher la question. Mais ces causes accidentelles sont rares, et le plus souvent, après cet

examen, on en sera réduit à se demander si l'on a affaire à une occlusion vraie ou à une pseudo-occlusion, due à la péritonite.

Ici le diagnostic est hérissé de difficultés si grandes que certains auteurs le considèrent comme presque impossible. Duplay s'exprime ainsi : « Il serait à souhaiter qu'on pût » distinguer ces péritonites avec le pseudo-étranglement du » véritable étranglement interne. Malheureusement, ce diagnostic me paraît extrêmement difficile. Une analyse » minutieuse de chaque symptôme permettra peut-être, dans » un certain nombre de cas, de reconnaître la véritable » nature de la maladie (1). »

Il nous semble cependant que, pour difficile qu'il soit, ce diagnostic n'est pas impossible; sans doute les signes ne diffèrent que par des nuances plus ou moins marquées, mais ces nuances ont une valeur suffisante pour conduire, dans un grand nombre de cas, à un diagnostic sinon certain, tout au moins probable.

La péritonite aiguë, purulente, a un début brusque et s'annonce souvent par un frisson ou une série de frissons. L'occlusion, au contraire, s'installe le plus souvent d'une façon insidieuse. Les vomissements peuvent, dans les deux cas, devenir fécaloïdes. Toutefois, l'apparition de vomissements fécaloïdes précoces serait en faveur de l'occlusion.

La péritonite a une marche nettement inflammatoire avec élévation thermique et douleurs violentes au moindre contact.

Dans l'occlusion simple il y a plutôt tendance à l'hypothermie et indolence à la pression superficielle. Mais à côté de cette péritonite aiguë classique, il y a des péritonites septiques qui évoluent d'une façon sournoise : Constipation

(1) Duplay. Archives de médecine, 1876.

absolue, ballonnement du ventre, élévation thermique presque constante, il est vrai, mais faible : 38°, 38°5, rarement 39°; nausées ou vomissements légers, accélération modérée du pouls. C'est dans ces cas-là surtout que les moindres nuances prennent une réelle valeur symptomatique. La péritonite sera plus à craindre si l'absence d'émission de gaz et de matière s'accompagne d'un état d'angoisse et d'agitation.

Une élévation, même peu marquée, de la température, dans les trois ou quatre premiers jours qui suivent l'opération, sont en faveur de la péritonite (Adénot).

L'accélération précoce du pouls serait aussi plutôt en faveur de la péritonite.

La douleur dans la péritonite est exaspérée par le moindre contact; elle est plus souvent généralisée à tout l'abdomen. Dans l'occlusion simple, l'indolence à la pression superficielle est presque complète, la douleur n'est réveillée que par une pression profonde. Les douleurs spontanées de l'occlusion revêtent la forme de coliques, revenant par crises paroxystiques et se localisent surtout au creux épigastrique et vers le point étranglé. Dans la péritonite le ventre se ballonne d'emblée dans son ensemble. Dans l'occlusion simple, le météorisme est d'abord local. Ce symptôme, inconstant il est vrai, est éphémère, mais dans le cas où il existe il a une valeur réelle.

Enfin il est un signe que nous avons omis à dessein de signaler jusqu'ici parce qu'il convient d'y insister plus spécialement, tant sa valeur clinique est considérable. C'est l'exagération des contractions péristaltiques perçues à travers la paroi abdominale.

Jøge-Manteuffel (Dorpat Dissertation, 1893) et Käder (Arch. f. Klinisch. chirurg. XLI) ont confirmé expérimentalement la

valeur de ce signe dont Schlänger et Israël ont prouvé la valeur clinique.

Obalinski insiste à son tour sur son importance au début des accidents : « Je me suis appuyé, dit-il, pour faire mon diagnostic, habituellement sur ce symptôme principal et j'y ai toujours réussi... Ce signe est si éclatant que sa valeur ne peut être effacée par une élévation de température survenant en même temps. »

Cette exagération des contractions intestinales bien constatée suffirait presque à elle seule pour affirmer qu'on n'a pas affaire à une péritonite puisque dans la péritonite l'intestin est au contraire immobilisé.

Il est un signe décrit par Rosenbach, Rosin et autres (Berliner. Klinisch, Wochenschrift, 1887-1890) qui pourrait servir à faire le diagnostic du siège de l'étranglement. Il est fourni par la réaction de l'urine. Dans l'occlusion complète de l'iléon il y aurait toujours dans l'urine de l'indican, qui, au contraire, manquerait dans l'obstruction du côlon ou de l'intestin grêle en haut ; la réaction disparaît 24 heures après que l'obstruction est levée. Quoique ce signe doive être regardé comme très important, il n'est pas absolument pathognomonique, car il peut exister dans d'autres états morbides.

Rappelons en terminant la forme spéciale d'infection décrite par Verchère (1) sous le nom de septicémie intestino-péritonéale. Le tableau clinique qu'il en donne ressemble de tous points à celui de l'occlusion. Ballonnement, rétention des matières et des gaz, rapidité et petitesse du pouls, facies abdominal, vomissements bilieux puis fécaloïdes, température légèrement abaissée ou normale, affaiblissement progressif.

(1) Verchère. — Revue de chirurgie, 1888.

Il n'en diffère guère que par deux signes : indolence absolue même à la pression profonde, et ascension thermique au moment de la mort.

Malheureusement en bien des cas, en dépit de tout ce que nous venons de dire, le chirurgien restera dans le doute. En effet, il n'y a pas seulement ressemblance entre l'occlusion post-opératoire et la péritonite. Souvent les deux affections coïncident. Il est dès lors à peu près impossible de faire la part de l'une et de l'autre. Pratiquement cette infirmité du diagnostic n'a pas grand intérêt, la conduite à tenir étant la même.

Marche. — Terminaison

« Il est bien établi, dit Coë, que l'occlusion intestinale consécutive à l'hystérectomie vaginale est une complication fatale, et que, quoiqu'il soit de notre devoir de faire bénéficier les malades des chances de cette seconde opération, les chances de survie sont extrêmement faibles. »

Pourquoi cette sévérité exceptionnelle du pronostic, après l'hystérectomie, tandis qu'après la laparotomie, une seconde opération donne quelquefois le succès ? Y a-t-il dans l'état de la malade, après l'hystérectomie vaginale, quelque chose qui rend l'occlusion intestinale particulièrement fatale ? Coë résout cette question par l'affirmative, sans d'ailleurs prétendre expliquer ni pourquoi la complication survient, ni pourquoi les chirurgiens ont invariablement des insuccès par l'ouverture du ventre.

Si, pendant l'hystérectomie, on voit parfois les tractions violentes sur l'utérus arrêter la respiration, ce qui supposerait l'irritation des plexus nerveux voisins, n'assiste-t-on pas, en revanche, à une convalescence encore plus rapide que celle de la laparotomie ? Aussi, nous signalons le fait, sans pouvoir l'expliquer d'une façon satisfaisante.

Diverses théories ont été proposées pour expliquer les phénomènes graves qui surviennent à un moment donné dans l'occlusion.

Pour M. le Professeur Bouchard, il faudrait les attribuer à une véritable intoxication. Les recherches faites à ce sujet

démontrent la toxicité particulière des matières fécales par les principes organiques qu'elles contiennent.

L'organisme s'imprègne de tous ces principes et il se produit un véritable empoisonnement ; cette théorie nous explique l'influence avantageuse des lavages d'estomac.

Pour d'autres auteurs, il s'agirait non plus d'intoxication, mais d'infection, grâce à la résorption par l'organisme des produits de sécrétion de microbes devenus virulents à la suite de l'obstruction de l'intestin, ainsi que l'ont démontré les expériences de Frankel pour le *B. coli* (Th. de Macaigne).

Nous adopterions plus volontiers l'opinion qui attribue ces désordres à un choc nerveux considérable.

« L'hypothermie, dit M. Richelot (1), la dépression des forces n'est pas liée à la souffrance du péritoine ; elle est en relation directe avec la compression nerveuse de l'intestin, qui agit sur les centres nerveux et suspend les actes nutritifs ; on meurt souvent de péritonite, mais on meurt aussi d'étranglement... Ce qui est trop souvent irrémédiable, c'est la dépression nerveuse qui est l'effet direct et le phénomène essentiel de l'étranglement, qui arrive toujours si la compression des nerfs de l'intestin se prolonge et qui fait échouer fatalement les opérations tardives, alors même que l'anse intestinale et tous les viscères sont exempts de lésions (2). »

Et ce qui nous fait admettre cette idée, c'est de voir des malades, comme dans nos observations (VI, IX), succomber pour ainsi dire en quelques heures et sans trace d'infection péritonéale ; cette rapidité d'évolution nous permet de douter également que la mort soit due à l'intoxication.

Ces cas, à évolution presque foudroyante, sont très rares ; il faut cependant les connaître, afin que, si une altération

(1-2) Richelot. — Union médicale, 1883.

rapide de l'état général les fait soupçonner, on n'hésite pas à agir vite.

Ordinairement, les accidents de l'occlusion consécutive à l'hystérectomie évoluent du 3^e ou 4^e au 6^e ou 7^e jour après l'opération: il est rare que ce terme soit dépassé; règle générale, la marche des accidents est régulièrement progressive; cependant ils peuvent laisser un peu de répit à la malade; ce sera à la suite d'une purgation (cas de Coë), d'un lavement électrique, d'une tentative de décollement d'adhérences par le vagin (cas personnels), ou parfois spontanément que surviendra ce mieux relatif: mais c'est toujours un calme trompeur, et bientôt les événements se précipitent: on voit la malade succomber sous ses yeux, sans même avoir le temps de songer à une intervention utile.

Traitement

1° *Traitement préventif.* — Les précautions préventives qui nous permettront d'éviter, autant que possible, l'apparition des occlusions intestinales post-opératoires, doivent être considérées avant, pendant et après l'intervention.

Avant l'intervention, la veille, la malade prendra un purgatif et des lavements de façon à pratiquer une évacuation parfaite de l'intestin (1). — La diète absolue est de rigueur avant l'anesthésie, de façon à éviter les vomissements qui, en projetant souvent les anses intestinales dans le foyer opératoire, les exposent à être ou traumatisées ou infectées et consécutivement plus facilement paralysées. La diète, en outre, contribue à l'eupéristaltisme intestinal après l'opération.

Immédiatement avant l'opération on procèdera à un nettoyage du vagin qui sera fait avec d'autant plus de soin qu'il est plus difficile.

Pendant l'opération, on s'attachera à réduire au minimum possible les causes d'irritation de l'intestin, il sera refoulé dans le ventre au moyen de tampons ou d'éponges montées,

(1) On s'assurera que la malade a bien rendu ses lavements, que son rectum est vide, car, la sortie des matières fécales venant souiller les instruments et le champ opératoire constitue toujours un grave danger de septicémie.

qui le protégeront du contact de l'air, des antiseptiques irritants qu'on peut avoir besoin d'employer, ou des instruments, et surtout du contact des produits septiques qui peuvent s'écouler par le vagin. Si, malgré tout, il tombe dans le foyer opératoire, il sera soigneusement lavé, et remis en place par des manœuvres aussi douces que possible. On aura souvent avantage à lier et réséquer l'épiploon qui serait tombé dans le vagin.

Au moment du pansement, avant de placer les mèches, on refoulera l'épiploon le plus loin possible ; pour éviter qu'il vienne adhérer à la plaie et se transformer en une bride agent d'étranglement ; on placera les mèches avec le plus grand soin et de façon qu'elles refoulent et soutiennent l'intestin ; qu'elles coiffent les pinces sans toutefois pénétrer trop avant ; enfin, on veillera à ce qu'une anse intestinale ne vienne pas s'interposer entre elles et la paroi.

Après, on enlèvera les mèches le plus tard possible et, sauf indications particulières, comme le fait M. Segond, sans remuer les malades. Dès le surlendemain on veillera à l'issue des matières et des gaz ; bien entendu, on s'opposera à ce que les malades se lèvent trop tôt, et on devra se montrer très sévère pendant quinze jours au moins, en exigeant le séjour au lit, le repos absolu, et une sage progression alimentaire. Des mouvements brusques, des repas trop tôt copieux, peuvent amener de graves complications.

2° *Traitement médical.* — Les hésitations du diagnostic au début, la crainte d'un nouveau traumatisme, les succès obtenus quelquefois par des moyens non sanglants, autorisent à avoir recours tout d'abord à ceux-ci. On commencera par

administrer un léger purgatif, auquel cèdent d'ordinaire les accidents d'obstruction bénigne dus à une parésie passagère de l'intestin.

On emploiera de préférence les purgatifs doux, tels que les solutions salines, l'huile de ricin, le calomel; ils débarrassent l'intestin et excitent sa tonicité. Il est inutile de s'adresser à des évacuants plus énergiques : eau-de-vie allemande, huile de croton ou autres drastiques, qui peuvent devenir dangereux en augmentant l'irritation de l'intestin, provoquant une réaction du péritoine et un dyspéristaltisme réflexe pouvant amener la paralysie de l'intestin; si l'obstruction est déjà constituée, ces purgations violentes exposent à la rupture de l'intestin.

Ces purgatifs doivent être administrés de bonne heure : Ce sont des *purgatifs d'exploration*, comme le dit Tuja dans sa thèse. Quelques chirurgiens purgent leurs malades dès les vingt-quatre heures qui suivent l'opération, même pendant que la malade a encore ses pinces; le plus grand nombre attendent qu'il se soit écoulé quarante-huit heures; quelques-uns attendent le troisième jour; mais on ne doit pas s'attarder plus longtemps et, en tout cas, éviter les purgatifs répétés, qui peuvent devenir dangereux.

Si les purgatifs semblent ne pas donner de résultat, on peut essayer d'aider à leur action par un ou plusieurs lavements; on emploiera soit l'eau simple, qui parfois amène une évacuation, soit, et c'est le cas le plus ordinaire, de l'eau additionnée de glycérine ou d'une substance purgative; les injections rectales, données à l'aide de longues canules molles, sont peut-être plus efficaces que le lavement ordinaire, témoin le cas de M. Legueu; chez une de ses malades, laparotomisée pour une salpingite double, l'occlusion au troisième jour paraissait complète : constipation, ballonne-

ment énorme, vomissements continuels ; un purgatif, un lavement avaient été donnés inutilement ; l'injection de plusieurs seringues de liquide dans l'intestin, au moyen d'une grosse sonde à bécuille poussée assez haut, parvint à ramener des gaz et des matières ; les symptômes s'atténuèrent immédiatement et la malade guérit.

Une méthode qui a donné quelques beaux succès dans des cas qui paraissaient graves est l'injection rectale d'eau gazeuse, destinée à réveiller et à exagérer les mouvements péristaltiques. A l'aide d'une sonde œsophagienne, introduite aussi haut que possible, et à laquelle s'adapte le tuyau d'un siphon d'eau de seltz, on injecte une quantité d'eau variable avec la tolérance des malades. Le gaz qui se dégage augmente la distension de l'intestin et provoque des coliques très douloureuses ; aussi convient-il de suspendre à plusieurs reprises l'injection du liquide. Chez une de nos malades, hystérectomisée de trois jours et présentant des signes évidents d'occlusion, nous avons pu par ce moyen rétablir le cours des matières et amener la guérison.

Le lavage de l'estomac, qui a été, lui aussi, conseillé, est surtout destiné à débarrasser l'estomac et les parties supérieures du tube digestif des matières qui empoisonnent l'organisme par les principes toxiques qu'elles contiennent.

Il a, en outre, l'avantage d'arrêter les vomissements et de procurer ainsi quelque repos aux malades. Kussmaul, qui le recommande, le répète toutes les quatre ou six heures, suivant l'abondance des vomissements et la distension de l'abdomen ; on peut parfois ramener des matières fécales contenues dans la portion supérieure de l'intestin grêle. « Etant donné, dit Klotz, que dans les premiers jours les adhérences se défont

facilement par la traction, on peut supposer que la libération sera produite aussi par de forts mouvements péristaltiques. Pour provoquer ces mouvements péristaltiques nous avons un moyen à la fois certain et très simple. Il suffit souvent d'un lavage d'estomac pour lequel j'emploie quatre à six litres d'une solution tiède de sel marin. Si cela ne réussit pas, je fais suivre un second lavage d'estomac de l'administration, par le même tube, d'une dose massive (50 gr.) d'huile de ricin. Si l'on a soin de faire en sorte que la malade ne rende pas tout de suite son huile de ricin, des mouvements péristaltiques très énergiques de tout l'intestin commencent bientôt. Dans tous les cas traités ainsi, les vomissements cessaient immédiatement et deux ou trois heures, dix heures au plus tard, souvent plus tôt, après l'apparition du météorisme, il y avait des déjections intestinales abondantes; l'occlusion était et restait levée. Bien entendu, ajoute cet auteur, ce traitement doit être institué immédiatement après que le diagnostic est fait. J'ai fait tous les gavages d'huile de ricin le quatrième ou le cinquième jour après l'opération ».

Citons, pour mémoire, les ponctions capillaires, destinées à diminuer la distension intestinale, mais que nous ne croyons pas devoir donner de grands résultats. L'application de courants électriques mérite plus d'attention; elle a parfois très bien réussi dans certains cas d'occlusion; mais, toutes les fois que nous l'avons employée dans les occlusions post-opératoires, elle est restée complètement inutile.

On a recommandé les narcotiques : opium, belladone, pour combattre l'irritation intestinale.

Nous avons été témoins d'un cas, où, après une hystérectomie vaginale, la malade fut prise de vomissements abondants, noirâtres, fétides; la constipation était absolue, le ventre très ballonné, plusieurs purgatifs avaient été

administrés inutilement ; l'opium, à la dose de un centigramme toutes les heures, jusqu'à dix centigrammes, amena une débâcle et la cessation de tous les accidents ; il s'agissait d'une paralysie intestinale par péritonite. Enfin, la strychnine avant et après l'opération a été préconisée pour lutter contre la parésie intestinale et on a cité des cas de guérison ; nous n'avons là-dessus aucune expérience personnelle.

Tous ces moyens peuvent être bons : ils peuvent arrêter à ses débuts une occlusion commençante, mais nous ne saurions trop insister sur ce fait, c'est qu'ils sont sans action contre une occlusion confirmée, et que s'y attarder, dans ce dernier cas, deviendrait dangereux.

Nous sommes ainsi amenés à parler du traitement curatif de l'occlusion confirmée, c'est-à-dire du traitement chirurgical.

Traitement chirurgical. — Nous croyons inutile de discuter la nécessité de l'intervention chirurgicale ; tout le monde étant d'accord pour la considérer comme le traitement rationnel de l'obstruction intestinale. En effet, la mort est la conséquence fatale de cette complication, si l'obstacle n'est pas levé ; les moyens médicaux se sont montrés impuissants ; une seule ressource nous reste ; c'est l'intervention chirurgicale, et cette circonstance justifie pleinement son usage, malgré les résultats peu encourageants qu'elle donne.

Quand faut-il intervenir ? Ici encore, il y a accord unanime pour admettre que l'opération, pour être efficace, doit être précoce. L'occlusion intestinale est une affection essentiellement chirurgicale, et à ce titre doit être traitée chirurgicalement dès son début. Nous avons vu quelle rapide dépression des forces produisait l'occlusion post-opératoire ; il y aura donc tout avantage à la faire cesser le plus tôt possi-

blé, en levant l'obstacle sans tarder ; et il est de toute importance d'opérer lorsque les organes de la circulation et le système nerveux possèdent encore assez de force de résistance, et de ne pas attendre que les anses intestinales, altérées, soient exposées à céder sous les pressions ou les tractions au niveau des étranglements ; enfin, la septicité du contenu intestinal étant due surtout à la stase des matières, plus vite on en rétablira le cours, et plus on diminuera les chances d'intoxication de l'organisme. Donc, dès que l'occlusion est reconnue, le chirurgien se trouve dans cette alternative ou « d'opérer immédiatement, ou de ne rien faire », l'intervention faite tard étant inutile. Ce sont, croyons-nous, les hésitations, les retards qui causent, pour la plus grande partie du moins, les trop nombreux insuccès enregistrés. On s'attarde aux moyens médicaux, et on oublie que s'ils donnent de rares soulagements ceux-ci sont bien compensés d'ailleurs par la perte de temps qu'ils occasionnent quant au traitement chirurgical ; quelquefois un calme apparent vient donner une fausse sécurité et tout à coup on voit succomber les malades sous ses yeux avec la certitude de ne pouvoir plus rien tenter pour les sauver. C'est la faute que nous nous reprochons vivement pour les cas en présence desquels nous nous sommes trouvés.

Mais, sur quels éléments se baser pour décider l'intervention ? La température ne sera d'aucune utilité ; le pouls, s'il s'accélère, aura une signification plus importante ; s'il faiblit, il est déjà trop tard ; le ballonnement et la douleur sont trop variables pour qu'on puisse s'y fier ; restent donc les vomissements et la constipation.

Au bout de 48 heures il ne faut pas qu'il persiste une incertitude. Lorsque le lendemain d'un purgatif sans effet, un ou plusieurs lavements restent sans résultat même donnés avec une longue canule, lorsque, malgré ces éléments, persiste avec

les vomissements, la suppression des gaz, lorsqu'en même temps l'état général s'altère, que le facies prend cet aspect si caractéristique, il faut intervenir et intervenir immédiatement. Même avec des vomissements, tant qu'il passe quelques gaz, les choses peuvent encore aller longtemps sans grand inconvénient, mais la suppression absolue des gaz est un indice qui permet d'affirmer que la tolérance des accidents ne sera pas de longue durée (Lucas-Championnière).

Telles sont les données cliniques sur lesquelles on devra compter pour fixer le moment de son intervention, d'une façon générale.

Comment faut-il intervenir ?

Trois modes opératoires s'offrent à nous :

La voie vaginale,

La laparotomie,

L'anus artificiel.

1^{re} *Voie vaginale*. — Dans tous les cas d'occlusion après hystérectomie, lorsque purgatifs et lavements ont échoué, la première chose à faire est, à notre avis, d'enlever le pansement et d'aller voir à l'aide du spéculum, d'explorer avec le doigt si une ou plusieurs anses intestinales ne seraient pas fixées par des adhérences dans la plaie vaginale.

Si l'occlusion dépend d'un tamponnement vaginal trop serré et comprimant le rectum, l'ablation simple du pansement fera disparaître aussitôt les accidents : Exemple le cas de Legueu, que nous avons déjà cité, et ceux que nous a communiqués notre maître M. P. Segond.

M. Quénu, après une hystérectomie pour suppuration pelvienne, en présence de phénomènes d'occlusion intestinale, pratiqua le toucher vaginal et parvint à détacher quelques adhérences. Sa malade guérit (Obs. XIV).

M. Ségond a pu amener à la vulve et dénouer un volvulus ; malheureusement la malade était déjà trop affaiblie et elle succomba (Obs. VI).

Sans aller aussi loin que Polk, qui prétend qu'on peut faire par le vagin autant que par le ventre, nous croyons que c'est une méthode utile dans certains cas où les adhérences, encore faibles, peu nombreuses et peu étendues, peuvent être atteintes, reconnues et libérées avec le doigt ; elle a, de plus, l'avantage de réduire au minimum le shock de cette seconde intervention.

Nous ferons, d'ailleurs, les mêmes réserves que nous avons faites pour les moyens médicaux, et si les accidents ne disparaissent pas rapidement, il faut recourir, sans perdre de temps, à une intervention plus énergique.

La discussion reprend ici avec la valeur relative de la laparotomie et de l'anus contre nature.

La laparotomie est le traitement de choix, le traitement rationnel de l'occlusion post-opératoire. « Même après une hystérectomie, il faut faire une laparotomie » (1).

Telle est l'opinion de l'immense majorité des chirurgiens, et nous reconnaissons qu'elle est théoriquement séduisante.

En effet, dans la laparotomie on voit et on sait ce que l'on fait ; on peut aborder d'emblée l'obstacle au cours des matières et le lever ; on fait une opération curative et définitive. L'anus artificiel, au contraire, est une opération purement palliative, destinée à parer aux accidents immédiats, nous laissant dans l'ignorance complète de la cause de l'occlusion.

Mais, si on se place au point de vue pratique, la laparotomie conserve-t-elle tous ces avantages ? Nous empruntons à un

(1) Legueu. Gazette des Hôpitaux, 1895.

de ses partisans la relation de deux cas où il a ouvert le ventre pour une occlusion après l'hystérectomie. Dans notre premier cas, dit-il, la malade était déjà très épuisée au moment de l'opération, ensuite le tiraillement du mésentère, inévitable au moment de la sortie des intestins, les tentatives violentes faites pour rétablir la perméabilité de l'intestin, puis la réintroduction pénible et un peu forcée de l'intestin, épuisèrent encore l'activité cardiaque et la malade mourut sur la table d'opération.

Dans notre second cas, où l'état des forces de la malade était encore assez bon au moment de l'opération, l'issue fatale ne peut être attribuée qu'à une péritonite infectieuse aiguë. Il est vrai qu'à l'autopsie on trouva encore une autre obstruction intestinale siégeant un peu plus bas que la première : preuve nouvelle de la justesse de ce conseil de ne pas replacer les intestins, dans une laparotomie pour occlusion, sans s'être assuré encore une fois de l'absence d'un autre obstacle... Je ne pense pas que cette péritonite soit due à une infection venue du dehors pendant la laparotomie; je crois plutôt que cette infection est venue du petit bassin, d'où l'anse a dû être détachée, aussi bien que de cette anse elle-même.

Peut-on réussir à désinfecter pendant la laparotomie le petit foyer séptique déjà formé, comme dans notre cas, c'est une question que je laisse de côté pour le moment (Reichel).

Donc, dans un cas où la malade était très affaiblie, il est vrai, la laparotomie semble bien avoir hâté la mort; et Reichel nous indique, à ce propos, une partie des inconvénients de la laparotomie; la sortie des intestins qui tiraillent le mésentère sont plus ou moins difficiles à rentrer et, à la suite de ces manœuvres, le shock grave dont les malades ne peuvent se relever.

Dans le second cas, l'état des forces de la malade était assez bon au moment de l'opération. Nous ne prétendons pas qu'un anus contre nature l'eût sauvée ; mais il l'aurait exposée à moins de dangers que la laparotomie.

C'est d'abord une obstruction intestinale qui n'a pas été vue et qui rend l'intervention secondaire absolument inutile ; d'autre part, si on remarque, avec Lucas-Championnière, que ces cas d'obstruction ou d'étranglement post-opératoire ne doivent pas être considérés comme des étranglements de petite surface ; que l'oblitération est souvent due à une constriction de grande étendue ; que les obstacles peuvent porter sur plusieurs points, on arrive à cette conséquence que les opérations économiques ne sont pas de mise, et qu'on sera toujours entraîné à une laparotomie grave, et si on suit le conseil de Reichel de s'assurer de l'absence de tout autre obstacle, étant donné le siège profond de ces obstructions, l'intestin doit être refoulé, suivi à la main, éviscéré même suivant certains auteurs, par conséquent tirailé ; l'opération devient longue et par conséquent presque fatalement mortelle.

Puis, admettons qu'on ait vu et levé tous les obstacles, reste un terrible danger ; c'est la généralisation de la péritonite pelvienne à laquelle succombent presque infailliblement les malades. Adenot, quoique partisan de la laparotomie comme procédé de choix, reconnaît ce danger et conseille, dans les cas d'occlusion au niveau d'un foyer infecté (ablation d'annexes suppurées), de se garder d'infecter tout le péritoine et d'éviter, si possible, une laparotomie.

Donc : shock grave, pouvant hâter la mort de la malade, nécessité de manœuvres longues et périlleuses sur l'intestin, si on veut avoir la sécurité d'une opération utile, danger d'une infection grave apportée du petit bassin dans la

grande cavité par les anses libérées, telles sont les raisons qui nous rendent suspecte la laparotomie comme moyen curateur.

L'anus contre nature se recommande par sa simplicité, qui n'ajoute pas un nouveau traumatisme sérieux au choc opératoire dont la malade n'est pas encore sortie ou sort à peine: c'est une opération bénigne, qui ne présente, pour ainsi dire, aucun danger; c'est là l'enseignement constant de notre maître M. P. Segond, et nous ne pouvons mieux faire que de le reproduire ici: « J'applique, nous a-t-il souvent répété, au traitement de l'occlusion intestinale consécutive à l'hystérectomie, la doctrine que je crois juste dans presque tous les cas d'occlusion intestinale grave. Lorsque les patients sont dans cet état de septicémie particulière et de dépression profonde, qui caractérise toute occlusion intestinale sérieuse, une opération comme la laparotomie de recherche peut être considérée comme fatalement mortelle. Force est donc de renoncer aux ressources de ces larges interventions et notre devoir élémentaire me paraît être de rétablir le cours des matières, en réduisant au minimum le coefficient traumatique de notre intervention.

Cela fait, les malades retrouvent leur résistance vitale, et plus tard, si besoin est, ils sont en état de supporter les interventions radicales dont ils peuvent être justiciables. Or, c'est évidemment l'anus contre nature qui nous permet de réaliser au mieux ce plan thérapeutique. En lui-même et fait comme il convient, il peut sans doute arriver trop tard pour empêcher la mort, mais il est incapable de tuer. Notons, en outre, qu'il est très littéraire, mais parfaitement déplacé, de se désoler d'avance sur les horreurs de l'infirmité dont on se fait l'auteur ou sur la gravité des opérations que celle-ci peut exiger ultérieurement.

L'anus dont il s'agit se réduit en effet à une boutonnière latérale faite sans éperon et dans les circonstances voulues pour que son occlusion ultérieure se fasse sans difficulté. Il ne me paraît pas douteux qu'on doive considérer l'anus contre nature comme l'intervention de choix et, dans le cas actuel, cette conclusion me semble parfaitement indiscutable. Les patientes que nous considérons sont en effet parfaitement incapables de supporter une laparotomie de quelque durée. Tout ce que nous pouvons tenter, c'est de tâcher de les empêcher de mourir et de leur laisser retrouver leurs forces en pratiquant aussi vite que possible un anus contre nature qui supprime l'occlusion, d'autant que si mon opinion sur la pathogénie habituelle de l'occlusion est vraie on a toute chance pour que le cours normal des matières se rétablisse de lui-même dans la suite et pour que la fermeture de l'anus contre nature se fasse pour ainsi dire spontanément. C'est probablement ce qui s'est passé dans notre observation XXII. Mais à supposer que cette évolution favorable ne se réalise pas de par la survie d'une cause mécanique d'occlusion, la supériorité de l'anus contre nature n'en reste pas moins indiscutable, puisqu'il est le meilleur moyen de gagner du temps et d'arriver à l'heure où l'état de la malade permet, dans les meilleures conditions, la réalisation d'une intervention radicale. »

La statistique, à ce sujet, n'est guère encourageante; en effet, si la laparotomie secondaire a donné quelques guérisons dans les occlusions post-opératoires consécutives aux laparotomies, dans les occlusions après hystérectomie, nous n'avons trouvé aucun succès à son actif: dix décès sur dix interventions; les chiffres de l'anus artificiel ne sont guère meilleurs; cependant, on trouve une guérison sur sept cas.

Il nous est difficile d'affirmer que les malades laparoto-

misées étaient, en général, moins épuisées que celles à qui on a fait l'anus iliaque; c'est cependant ce qui semble résulter de la lecture des observations. Mais ce que nous pouvons dire, c'est que sur les six malades à qui nous avons pratiqué l'anus contre nature, cinq étaient absolument à bout de forces, refroidies, sans pouls et incapables de supporter d'autre intervention.

La seule qui a guéri, est celle qui a été opérée avant cette période ultime, et alors que ses forces n'étaient pas encore absolument déprimées (Observ. XXII). Nouvelle preuve de l'utilité d'une intervention précoce.

En dehors de ses avantages de simplicité, de rapidité, de bénignité, outre le semblant d'appui que lui donne la statistique, nous préférons encore l'anus artificiel, en raison de la pathogénie que nous avons admise. Si l'occlusion, comme nous le croyons, est due à une position vicieuse de l'intestin, consécutive à une péritonite localisée, nous pouvons supposer que les phénomènes inflammatoires s'apaisant, le cours des matières se rétablira. Nous devons donc chercher à mettre la malade dans les conditions de survie nécessaires et c'est ce que nous faisons par l'anus artificiel.

Admettons même qu'il s'agisse non plus d'adhérences, mais d'étranglement par bride, de volvulus, de compression par une lanière de gaze. L'anus artificiel, en donnant un libre cours aux matières et aux gaz, fera disparaître la distension intestinale, pourra, peut-être, permettre à l'intestin de se libérer spontanément de dessous une bride et de refonctionner normalement; nous nous retrouvons alors, comme dans le premier cas, en présence d'une guérison facile de l'anus contre nature. Mais le cours normal des matières ne se rétablit pas; une laparotomie est nécessaire pour guérir l'anus artificiel. L'état de repos où cet anus temporaire a mis l'intestin, fait

que les lésions de celui-ci ne se sont pas aggravées; l'économie a eu le temps de lutter contre l'infection, s'il y en avait, et de prendre le dessus; les forces de la malade se sont rétablies.

Une laparotomie, faite dans ces conditions, ne sera-t-elle pas toujours infiniment moins dangereuse que sur une opérée affaiblie, épuisée, sortant à peine du shock de sa première intervention ?

Aussi, loin de réserver l'anuscotomie contre nature pour des malades « in extremis », pour ces cas désespérés où on ne peut plus songer à une autre intervention, nous croyons qu'il ne faut pas hésiter à la pratiquer d'emblée, de bonne heure, et de préférence à la laparotomie, pendant que les malades ont encore des chances de guérir.

L'anuscotomie contre nature sera faite, suivant le précepte de Nélaton, de préférence sur le cœcum; si le cœcum est vide, l'obstacle siège plus haut, sur l'intestin grêle; en ce cas il faudra se garder d'irriter l'intestin, par des manœuvres inutiles, et on prendra la première anse qui se présente, de façon à réduire au minimum le choc opératoire; des recherches compliquées donneraient à cette intervention tous les inconvénients de la laparotomie, sans en avoir les avantages.

L'anse dilatée sera attirée et fixée dans la plaie, en évitant de produire un éperon qui, dans la suite, rendrait plus difficile la guérison de l'anuscotomie artificielle.

Si on se décide pour la laparotomie, on devra se guider d'après ces deux principes : Se donner beaucoup de jour et agir vite.

Après avoir largement ouvert le ventre, on ira aussitôt explorer le siège ordinaire de l'étranglement, le petit bassin; si on a trouvé le cœcum dilaté, on commencera par l'examen de l'S iliaque; si le cœcum est vide, on recherchera l'anse grêle étranglée, se rappelant que souvent il y a plusieurs

points d'étranglement, et que, par conséquent, une exploration minutieuse de la cavité abdominale est nécessaire. Quelques chirurgiens ont conseillé l'éviscération ; si cette manœuvre donne la certitude d'avoir levé tous les étranglements, et a pu réussir quelquefois (Jaboulay, Pollosson), elle nous paraît beaucoup trop grave pour être pratiquée dans le cas présent. Si on ne trouve pas de cause d'obstruction, si tout l'intestin est distendu, on recherchera si le grand épiploon ne tiraille pas le côlon transverse et ne le coude pas ; enfin, si on n'a rien trouvé, on pourra être contraint, comme dernière ressource, à pratiquer l'enterostomie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION XIV

Salpingite double. — Hystérectomie vaginale. — Occlusion intestinale. — Guérison.

(Quénu, Gazette des Hôpitaux, 31 mars 1894).

La malade dont il s'agit était âgée de 37 ans, blanchisseuse, présentait habituellement des troubles digestifs très marqués, se traduisant fort souvent par des vomissements.

Atteinte de salpingite double avec adhérences, elle est opérée le 2 novembre 1893.

Nous pratiquons l'hystérectomie suivant notre procédé. L'opération est pénible; à chaque instant une anse intestinale vient faire hernie dans le vagin et doit être refoulée dans le ventre et maintenue à l'aide d'un tampon monté.

2 novembre. — Le soir, la malade avait 36°5.

3 novembre. — La malade a vomi trois fois. Température: 36°6. Quantité d'urine normale, 600 grammes.

4 novembre. — Température du matin, 36°8; soir, 37°3.

5 novembre. — Le troisième jour, notre opérée a de nouveaux vomissements et, pour la première fois, rend, paraît-il, quelques gaz dans la matinée. Dans la journée, l'émission des gaz cesse et la température tombe à 36°.

6 novembre. — Le quatrième jour, nouveaux vomissements.

A notre visite, nous trouvons notre malade avec un faciès grippé, les yeux excavés, la mine terreuse; le ventre est ballonné, le pouls petit et fréquent. En présence de ces signes, je pense à une occlusion par coudure d'une anse intestinale adhérente à la collerette péritonéale. Nous pratiquons le toucher vaginal et nous trouvons cette collerette déjà refermée; nous la décollons avec le doigt que nous introduisons ensuite dans la cavité abdominale; puis, le promenant tout

autour de la collerette, nous avons la sensation fort nette que nous décollons quelques adhérences. Une heure après, en même temps que les vomissements cessent, la malade rendait des gaz ; le lendemain elle avait une selle, puis guérissait rapidement.

. OBSERVATION XV (inédite)

Ovaro-salpingite bilatérale non suppurée. — Hystérectomie vaginale. — Phénomènes d'occlusion intestinale le troisième jour. — Disparition des accidents après ablation des mèches. — Guérison.

Madame X..., âgée de 31 ans, opérée dans le service de M. le Dr P. Segond à la Maison de santé le 21 décembre 1895.

Réglée à 16 ans. Première couche à 21 ans ; à 23 ans, fausse couche de trois mois. C'est depuis cette fausse couche que la malade est souffrante. Elle éprouve presque tout le temps des douleurs pelviennes plus ou moins vives qui lui défendent toute espèce de fatigue. Les phénomènes douloureux sont surtout accusés au moment des règles qui sont abondantes et très douloureuses. Cependant cet état maladif n'a pas empêché Madame X... d'avoir deux autres couches normales, l'une à 24 ans, l'autre à 28 ans. Depuis cette dernière grossesse, les souffrances se sont aggravées au point de condamner Madame X... à un repos pour ainsi dire perpétuel, et c'est ce qui l'amène dans mon service le 18 décembre 1895.

Examen. — Le ventre est très douloureux, spontanément et à la pression, surtout à gauche. L'utérus, augmenté de volume, un peu refoulé sur la droite, a beaucoup perdu de sa mobilité. Le col est gros, déchiré au niveau de sa commissure gauche et atteint d'ectropion sur ses deux lèvres. Les annexes gauches, qui paraissent triplées de volume, forment une masse très douloureuse qu'on perçoit nettement

dans le cul-de-sac latéral gauche et qui se prolonge dans le cul-de-sac de Douglas. Les annexes droites, moins grosses que les gauches, n'en sont pas moins très nettement augmentées de volume et elles aussi très douloureuses à la pression. L'état général de la malade n'est pas mauvais; elle est cependant affaiblie, amaigrie et elle éprouve du côté de son appareil digestif les troubles dyspeptiques habituels des entérophtosies. Il n'y a pas d'ectopie rénale mais la paroi abdominale est flasque et l'estomac assez dilaté. Poumons, cœur et foie sont sains; les urines sont normales.

Indications opératoires. — Basées sur l'ancienneté du mal, sur l'intensité des douleurs et sur la bilatéralité cliniquement évidente des lésions annexielles.

Opération. — 21 décembre 1895. L'incision du vagin, le décollement de la vessie, l'ouverture du cul-de-sac postérieur, le pincement des utérus et l'ablation du col se font sans incident. L'index introduit dans le cul-de-sac de Douglas y constate des adhérences nombreuses et vérifie la bilatéralité des lésions. Le corps utérin bascule ensuite par hémisection antérieure; les annexes le suivent dans sa bascule après avoir été libérées de leurs très solides adhérences par le manuel habituel. L'hématose et la section partent donc d'emblée en arrière des annexes. Six pinces assurent l'hématose et quatre mèches de gaze aseptique forment le pansement.

Suites opératoires. — L'état de la patiente est très satisfaisant jusqu'au troisième jour. Le troisième jour, les pinces sont enlevées, suivant l'usage, dans la matinée, mais la malade ne rend ni gaz ni matières, et dans la soirée apparaissent des symptômes nets d'obstruction intestinale. Abaissement de la température jusqu'à 36°5. Pouls petit et à peu près incomptable. Vomissements simplement bilieux mais très répétés. Ballonnement considérable. En présence de ces symptômes, mon interne, M. Thévenard, procède, sans plus tarder, à l'ablation des mèches. Pour ce faire, il

place l'opérée dans la position du spéculum et se sert des écarteurs pour examiner le fond du vagin. Il constate, m'a-t-il dit, qu'une portion d'anse intestinale s'est engagée dans la plaie vaginale et qu'elle y est comme étranglée. Il refoule cette anse après destruction de ses adhérences avec un tampon de gaze iodoformée et relève les forces de la patiente par une injection sous-cutanée de 250 grammes de sérum. Peu d'instants après des gaz sortent par l'anus, bientôt après se produit une selle abondante et dès le lendemain tout accident a disparu. La guérison s'effectue ensuite sans le moindre incident.

Dans ce cas particulier, la cause de l'obstruction ne paraît pas douteuse, c'était évidemment l'engagement intra-vaginal d'une anse intestinale qui en était coupable.

OBSERVATION XVI

Occlusion intestinale après extirpation totale de l'utérus.

(Léopold. Arch. für gynec. XXX. 3)

M^{me} R..., 36 ans, réglée à 12 ans, bien réglée depuis, a eu trois grossesses normales ; bon état général, assez robuste, pas d'anémie. Depuis trois mois, hémorrhagies avec écoulement fétide ; au toucher, cancer bosselé de la grosseur d'un œuf de poule et empiétant un peu à gauche sur le vagin.

Hystérectomie, 4 janvier 1887.

Enlèvement à la curette des masses cancéreuses : hémorrhagie consécutive ; on arrête l'écoulement sanguin, on détruit les adhérences avec difficulté et on extirpe les ovaires et les trompes. A la fin de l'opération une secousse de toux violente provoque une nouvelle hémorrhagie ; l'intestin est projeté en avant dans le vagin, et difficilement réintégré à sa place.

Tamponnement à la gaze iodoformée.

Suites opératoires. — Vomissements persistants, pas de

garde-robes, mais ni tympanisme ni symptômes septiques. Mort au quatrième jour.

Autopsie. — Occlusion intestinale. Au niveau de la plaie se trouve une anse de la portion inférieure de l'iléon, coudée sur elle-même à angle très aigu, et adhérente par son sommet à la cicatrice vaginale. L'intestin, affaissé au-dessous de l'obstacle, est énormément dilaté au-dessus.

OBSERVATION XVII

Fibrômes interstitiels de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Occlusion intestinale consécutive. — Mort.

M^{me} B..., 45 ans, entre à l'hôpital pour des douleurs très vives dans le ventre et les lombes, et des métrorrhagies; elle est très anémiée, très pâle, avec des tissus flasques, mous.

A l'examen, on trouve un fibrôme remontant à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

Hystérectomie le 26 octobre 1895. Amputation du col; bascule par hémisection antérieure, facilitée par évidement conoïde. Plusieurs petits fibrômes et surtout utérus fibrômateux. La tumeur pesait 900 grammes; l'opération a duré trois quarts d'heure.

Suites opératoires. — Normales tout d'abord.

26 octobre. — Le pouls redescend à la normale vers le soir. T., 36°9. Injection de morphine de 0,02 centig.; pas de vomissements; ventre sensible mais souple.

27 octobre. — Même état. Pouls, 96; T., 37°2.

28 octobre. — Quelques vomissements depuis le matin. T., 38°; Pouls, 109; ventre à peine tendu, un peu plus douloureux. La malade se plaint beaucoup. Les pinces sont enlevées à une heure après midi; les mèches laissées en place; après l'ablation des pinces, selle abondante et gaz.

29 octobre. — Pouls, 120; T., 37°3. Douleurs abdominales violentes; on administre un lavement qui provoque une selle

abondante. A midi, on enlève les mèches et à partir de ce moment, ni selles, ni gaz. Vers le soir, le ventre se ballonne, les anses intestinales se dessinent sous la paroi, surtout sur la ligne médiane et à droite; un lavement gazeux reste sans résultat. Le facies devient grippé, le pouls filiforme, incomptable; vomissements fécaloïdes.

30 octobre. — La malade succombe à neuf heures du matin.

Autopsie. — Anses intestinales distendues. Immédiatement sous la paroi on trouve deux anses en forme d'U, adhérentes par leur sommet à la cicatrice vaginale, par des néomembranes encore peu solides et larges de 2 centimètres environ. Une troisième anse, placée au-dessous, présente exactement la même disposition.

Plus profondément encore, l'épiploon, tendu comme une corde, vient adhérer à la cicatrice vaginale. Enfin, sur le côté droit de la cicatrice, la dernière portion de l'iléon adhère sur une étendue de 7 à 8 centimètres; l'intestin est là contourné en S italique, étranglé et serré au niveau des deux coudures. Ces adhérences sont constituées par des néomembranes. L'intestin est sain, non vascularisé; le péritoine est normal, lisse, sans fausses membranes ni enduit poisseux; le gros intestin est vide et affaissé; pas une goutte de liquide dans le ventre.

Autour des adhérences, l'intestin est congestionné d'un rouge noirâtre. Cette zone s'étend à environ 3 ou 4 centimètres autour du point adhérent.

Sur la séreuse péritonéale, comme dans les fausses membranes on ne trouve que du coli-bacille.

OBSERVATION XVIII

Cancer du col de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Occlusion intestinale consécutive. — Mort.

(Reichel)

M^{me} Manthey fut opérée le 26 janvier pour un carcinome du col de l'utérus.

L'hystérectomie fut facile, sans complication ; il y eut une assez forte hémorrhagie.

La plaie vaginale ne fut pas cousue, et le cul-de-sac de Douglas drainé à la gaze iodoformée.

Excellent état les deux premiers jours, la malade se trouve bien, elle a rendu des gaz ; elle a uriné et ne souffre pas.

Le troisième jour, surviennent de violentes coliques, le ventre se ballonne, les selles et les gaz se suppriment, malgré l'administration de quelques lavements.

Le quatrième jour, vomissements bruns, verdâtres, répétés ; constipation opiniâtre ; un lavage de l'estomac amène un peu de soulagement, par l'évacuation d'une partie du contenu intestinal (mais bientôt, l'état de la malade redevient aussi mauvais).

La malade ne souffrait pas et malgré l'accélération du pouls, sa température ne dépassa pas 100°4.

Il s'écoule par le rectum environ deux litres d'un liquide brun, sans cependant de selle véritable.

Le sixième jour un lavement d'huile de ricin avec addition d'une goutte d'huile de croton demeure sans résultat.

Pendant tout ce temps, indolence complète à la pression du ventre.

Température entre 37°5 et 38°.

La fréquence du pouls augmente progressivement.

Le septième jour, après l'administration d'une assez forte dose de calomel, survinrent des selles fréquentes et diarrhéiques ; la malade tomba dans le collapsus et succomba bientôt après.

Autopsie. — L'intestin grêle est congestionné ; le gros intestin contient quelques matières.

Le péritoine viscéral et pariétal est épaissi et couvert d'exsudats. Quelques anses adhèrent à la plaie, le cul-de-sac de Douglas, contient environ une cuillerée de pus.

A l'autopsie, l'intestin grêle adhère aux bords de la plaie et est très distendu au-dessus du siège de l'obstruction.

Le gros intestin contient des matières fécales montrant que l'obstruction n'avait probablement pas été complète.

Il n'y avait pas de péritonite généralisée.

OBSERVATION XIX (personnelle).

*Occlusion intestinale consécutive à l'hystérectomie vaginale
pour fibrôme. — Anus iliaque. — Mort.*

M^{me} R..., 50 ans, entrée le 30 avril 1894 à la Maison Dubois.
La malade a toujours eu un tempérament débile, anémique.
Réglée à 14 ans ; règles régulières, abondantes, douloureuses.
Mariée à 17 ans ; trois enfants ; une fausse couche, accouchements longs, laborieux.

Dans l'intervalle des grossesses, pertes blanches ; hémorrhagies ; douleurs violentes ; irradiées dans la cuisse.

Depuis le dernier accouchement (1864), douleurs continuelles. Depuis l'âge de 36 ans, fréquentes métrorrhagies et leucorrhée.

Depuis deux ans, métrorrhagies plus abondantes, qui anéantissent profondément la malade.

État actuel. — Anémie profonde. Tissus flasques, mous. Paroi abdominale mince et relâchée.

L'examen des urines n'est pas fait. Au toucher, on reconnaît un polype implanté sur le col.

Par le toucher et palper combinés. — Corps utérin dur, volumineux, remontant environ à trois travers de doigt au-dessus du pubis.

Les annexes paraissent saines.

Indications opératoires basées sur l'abondance des métrorrhagies et sur l'altération progressive de l'état général.

Hystérectomie vaginale le 7 septembre 1894.

Préparatifs suivant l'usage : puigation la veille ; lavement le matin.

Incidents opératoires. — Diarrhée au début ; puis au milieu de l'opération, il y a une sérieuse alerte chloroformique, qui nécessite la respiration artificielle.

Opération simple à part cela.

Ablation de deux polypes implantés sur le col, et gros chacun comme une noix.

Résection du col, bascule du corps par hémisection antérieure, ablation d'un petit fibrôme.

Annexes saines, sauf ovaire gauche, scléro-kystique. Hémostase d'emblée derrière les annexes.

L'utérus est un peu moins gros que les deux poings ; sa cavité mesure neuf à dix centimètres. Paroi, deux centimètres. L'arç de petits fibrômes interstitiels, dont deux assez volumineux font saillie au fond de l'utérus.

Quinze morceaux ; cinq pinces ; trois mèches. Durée : vingt-cinq minutes.

A la fin de l'opération, les intestins tombent dans le vagin, mais sont facilement refoulés et maintenus.

Suites opératoires. — A son réveil, la malade paraît plus fatiguée qu'elle ne le sont d'habitude ; cris ; vomissements.

1^{er} et 2 septembre. — Rien d'anormal. Température de 36°6 à 37°.

3 septembre. — Pouls, 80. Pinces enlevées au bout de 48 heures. Les mèches sont laissées en place. Température, 37°.

4 septembre. — Température, 37°2. Pouls, 76. Vomissements. Ventre souple et plat. Peu ou pas douloureux.

5 septembre, matin. — Température 36°4 et 37°. Pouls, 90. Vomissements augmentent, verdâtres, légèrement fécaloïdes. Toujours peu de douleurs, même à la pression, mais léger ballonnement ; quelques anses intestinales se dessinent à travers la paroi qui est mince et on perçoit nettement des mouvements péristaltiques.

Soir. Mèches enlevées, et, au moyen de valves, le vagin est exploré.

Entre les lèvres de la plaie vaginale, apparaît une anse d'intestin ni congestionnée, ni enflammée.

La plaie est en très bon état, les mèches n'ont pas d'odeur.

Croyant à un pincement, je la contourne avec le doigt, la libère facilement de quelques petites adhérences, et la refoule dans le ventre.

Tamponnement à la gaze iodoformée.

Malgré les lavements, il n'y avait pas eu depuis le neu-

vième jour ni gaz, ni matières. La malade crut avoir rendu des gaz une heure après ; et les vomissements cessèrent pendant plusieurs heures.

6 septembre. — Matin : Température, 36°4 ; pouls, 120 ; facies grippé ; anses intestinales se dessinent sur la paroi, peu ou pas de douleurs. Vomissements noirâtres, un purgatif reste sans résultat.

Le soir l'état empire. Température, 37°4 ; pouls, 140. Les extrémités se refroidissent. La peau a perdu son élasticité.

Anus iliaque le 6 septembre 1894.

Incision sur le reposi cœcale.

Le cœcum est vide, l'intestin grêle distendu, congestionné, mais pas de péritonite. En explorant avec le doigt, on sent très nettement l'épiploon, qui, sous forme d'une corde tendue, va adhérer à la plaie vaginale et probablement étrangler l'intestin.

L'état de la malade exigeant de terminer le plus rapidement l'opération, on pratique l'anus artificiel. Anse grêle distendue.

Issue de gaz et liquides abondants au moment de l'opération. Mais la malade trop affaiblie ne peut se réchauffer et meurt cinq heures après. — L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XX (personnelle)

Hystérectomie vaginale pour double annexite non suppurée, avec douleurs pelviennes excessivement vives, obstruction intestinale consécutive par coudure d'une anse de l'intestin grêle, au niveau du foyer opératoire. — Anus contre nature. — Mort.

M^{me} M..., âgée de 25 ans, entrée à la Maison Dubois, le 5 septembre 1894 et opérée le 22 septembre 1894. Réglée à 15 ans et jouissant d'une bonne santé, elle se marie 2 ans après, sa santé continue à être excellente pendant dix mois.

A cette époque elle devient enceinte et au bout du premier mois de cette grossesse, elle ressent, du côté droit, des douleurs très vives, irradiées dans les hanches et la cuisse droite, et qui l'obligent à garder le repos. L'accouchement

fut laborieux ; les suites de couches normales. Mais les mêmes douleurs persistent, accompagnées de *leucorrhées*, de ménorrhagies, tous les mois les règles s'accompagnent d'un thrombus vulgaire qu'il faut inciser.

Deuxième grossesse au bout de deux ans, suivie de *phlébite* double, puis persistance des mêmes symptômes avec exaspération des douleurs par la marche.

Au moment de son entrée à Dubois, la malade a une très bonne santé apparente, ses parois abdominales minces, flasques avec de nombreuses et larges vergetures.

Toucher. — Utérus douloureux en rétroversion un peu gros et mou.

Annexes	{	Droites	{	Trompe. — Sensible au toucher.	
Lésions				douloureuses	Ovaire. — Gros et sensible, tombée dans le cul-de-sac de Douglas.
peu appréciables.					

Col déchiré. Métrite cervicale.

La malade réclame l'opération parce qu'elle souffre beaucoup, et qu'elle est réduite à un repos continu.

Hystérectomie vaginale, le 22 septembre 1894. — Opération simple : l'utérus petit et non adhérent s'abaisse avec la plus grande facilité. La bascule par hémisection antérieure se fait aisément et les annexes gauches très augmentées de volume suivent assez bien le fond de l'organe pour qu'on puisse d'emblée placer une pince hémostatique en arrière d'elle. Ces annexes droites plus petites et moins malades en elles-mêmes que les gauches sont maintenues par des adhérences très solides. Grâce à la complète bascule de l'utérus, il est cependant facile de passer l'index et le médius au-dessus de l'organe, d'aller détruire les susdites adhérences et de traiter en fin de compte les annexes droites comme les gauches en les laissant adhérentes à l'utérus et en plaçant d'emblée la pince hémostatique en arrière d'elles.

Pas d'incident opératoire, l'intestin est tombé dans le vagin avec l'épiploon, l'un et l'autre ont été facilement refoulés et maintenus.

Les 22 et 23 septembre, suites opératoires absolument normales.

Le 24, pinces enlevées à midi, et une mèche.

Lavement amène matières et gaz, à 5 h., 38°₂; à 9 h., vomissements abondants et verdâtres.

25 septembre (4^e jour). — Le matin, à 4 heures, les vomissements reprennent et durent toute la journée, ni matières, ni gaz. Les lavements ne ramènent que quelques matières dures contenues dans le rectum, calomel 0,60 cent. Le purgatif est vomi. Le ventre se ballonne; sous la paroi abdominale les anses se dessinent et leurs mouvements péristaltiques apparaissent. Pouls, 100.

Douleurs abdominales, qui sont peu augmentées par la pression.

La langue est bonne, mais le faciès est tiré, grippé, les yeux sont cerclés de noir.

En enlevant les trois dernières mèches, on ramène l'épiploon et l'anse intestinale.

Une exploration attentive est faite par le vagin, et les anses sont refoulées dans le ventre.

Les 26 et 27 (5^e et 6^e jour). — Etat stationnaire. L'état général semble se maintenir bon. Les vomissements ne sont pas fécaloïdes.

Le 28 (7^e jour). — Devant l'aggravation des symptômes : pouls 160, altération croissante des traits, l'absence absolue d'émission de gaz ni matières, on se décide à pratiquer un anus artificiel. Opération par le Dr Potherat. Incision sur le cœcum, péritoine pariétal congestionné, dépoli, avec quelques adhérences.

Cœcum vide, caché dans la fosse iliaque et d'aspect normal. Anses grêles distendues, congestionnées, aspect chagrin de la séreuse (péritonite).

Une première bride épiploïque petite est sectionnée entre deux ligatures.

En attirant légèrement l'anse distendue qui se présente, on trouve qu'elle est fixée par une de ses extrémités dans le petit bassin.

En la suivant avec le doigt on s'assure que ce n'est pas la partie terminale du grêle, et on arrive sur une petite bride épiploïque tendue et fixée au moignon vaginal. Cette bride, attirée au dehors, est sectionnée entre deux ligatures. En tirant alors légèrement sur l'anse on a sensation de résistance vaincue et M. Potherat attire au dehors l'anse d'intestin, sur laquelle on peut voir :

1° Une surface de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes environ, située sur la portion opposée à l'insertion du mésentère et saignante à la suite du décollement d'une adhérence, et plus près du mésentère, une surface de l'étendue d'une lentille environ, dont la séreuse a été arrachée et une partie de la musculuse intéressée.

L'intestin n'est ni gangrené, ni perforé, mais à 1 cent. environ de ce point adhérent, existe une ligne blanche, épaisse, circulaire, perpendiculaire à l'axe de l'intestin et qui marque très nettement une coudure à angle aigu de l'intestin, formant ainsi un éperon qui interrompt la lumière de l'intestin.

C'est à 6 ou 7 travers de doigt du cœcum. — L'anus est fait en ce point, sur l'intestin grêle. — Il s'écoule une assez grande quantité de liquide intestinal.

La malade ne se réchauffe pas. — Mort 5 heures après.

Dans ce fait, on ne peut accuser l'époque trop tardive de l'opération pour atténuer l'insuccès de l'anus contre nature. Toutefois, on doit faire observer que chez cette malade, M. Potherat n'a pas suivi la conduite à laquelle M. Defond attache tant d'importance. Il n'a pas réduit au minimum le coefficient traumatique de son intervention, puisqu'il a procédé en somme à des manœuvres intra-péritonéales assez complexes. En d'autres termes, il a fait plutôt une laparotomie de recherches, puis anus contre nature proprement dit, et c'est pourquoi le fait ne saurait être mis absolument au passif de l'anus contre nature.

OBSERVATION XXI (personnelle)

Pyo-salpinx unilatéral gauche avec périannexité adhésive droite très douloureuse. — Hystérectomie vaginale. — Occlusion intestinale. — Anus contre nature. — Mort.

Madame X..., âgée de 34 ans, entrée à la Maison Dubois dans le service de M. P. Segond, le 6 novembre 1894.

L'établissement de la menstruation s'est fait à 14 ans et a été douloureux. Depuis, les règles sont peu abondantes et souvent irrégulières. Mariée à 20 ans, Madame X... a eu sept enfants, le dernier il y a deux ans. Cette dernière couche a donné lieu à des accidents de métrite et de péri-métrite qui se sont prolongés pendant plusieurs mois. En avril 1894, il y a eu un avortement de trois mois et demi. Celui-ci a été le point de départ de métrorrhagies très abondantes qui ont condamné la malade au lit, pendant trois mois et qui n'ont cédé qu'à un curettage fait au mois de juin. Les douleurs ont néanmoins persisté et ce sont elles qui décident Madame X... à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — La malade est pâle, très anémiée ; elle a chaque soir un peu de fièvre. Rien d'anormal ni au cœur, ni aux poumons ; les fonctions digestives sont médiocres. Au lit, elle souffre peu, mais dès qu'elle se lève et qu'elle essaie de faire quelques pas, elle est aussitôt condamnée au repos par des douleurs pelviennes extrêmement intenses. Ces douleurs s'irradient le long des cuisses et dans la région lombaire. La miction est normale, mais la défécation est douloureuse et il existe en permanence, au niveau de l'anus, une sensation de pesanteur assez pénible. La paroi abdominale, flasque et couverte de vergetures, rend très facile l'examen de l'utérus et des annexes. L'utérus peu mobile est refoulé à droite par une tumeur annexielle gauche qui présente le volume d'une orange, dure et de consistance kystique. Les annexes droites sont peu augmentées de volume, mais elles sont extrêmement douloureuses au toucher. C'est du reste à

leur niveau que la malade éprouve les douleurs spontanées les plus intenses. Dans ces conditions, l'existence d'un pyo-salpinx gauche aussi bien que la nécessité d'enlever ses annexes gauches ne paraissent pas discutables. Et comme d'autre part, la prédominance des douleurs à droite, démontre la nécessité de sacrifier les annexes de ce côté malgré leur médiocre augmentation de volume, l'hystérectomie vaginale est décidée.

Opération le 10 novembre 1894. — Chloroforme. Curettage. Amputation du col après pincement des utérines. A l'ouverture du cul-de-sac postérieur, il s'écoule une assez notable quantité de pus fétide. La bascule par hémisection antérieure du corps utérin se fait ensuite assez aisément. Une pince étant placée de haut en bas, au devant des annexes gauches, qui sont trop adhérentes pour se laisser abaisser, le corps utérin est abaissé à ce niveau et rabattu en masse sur la droite. Il est enlevé ensuite, suivant le manuel habituel, avec les annexes droites, lesquelles ne se laissent abaisser qu'après le détachement, assez laborieux, des adhérences qui les immobilisaient. En elles-mêmes, elles sont peu malades. On procède ensuite à l'ablation beaucoup plus difficile de la tumeur annexielle gauche, laquelle est constituée par une collection purulente à paroi tomenteuse qui siège dans l'ovaire lui-même. Une portion de la paroi de cette poche est tellement adhérente à la face postérieure du ligament large qu'on est obligé de la laisser en place et d'enlever à la curette l'enduit caséeux qui la recouvre. Six pinces assurent l'hémostase. Quelques lanières de gaze iodoformée assurent le pansement.

Suites opératoires. — 10 novembre, au soir : Pouls, 60; température axillaire, 37°. Urines normales et suffisamment abondantes. Ventre souple, plat, un peu douloureux à gauche. Quelques vomissements. Malade très faible.

11 novembre. — Même état. Pas de vomissement.

12 novembre. — Ablation des pinces, l'état de la malade paraît satisfaisant; elle n'a pas de fièvre. Cependant elle a deux

fois dans la journée et une fois dans la nuit suivante, des crises d'étouffement à tendances syncopales fort inquiétantes et de plus, il ne sort ni gaz, ni matières par l'anüs.

13 novembre. — Le ventre se ballonne et devient douloureux. Un lavement ramène quelques matières du gros intestin, mais la constipation n'en reste pas moins absolue, le pouls est à 90 et la température à 37°.

13 novembre, au soir. — L'état de la malade devient très mauvais: météorisme considérable. Les anses intestinales distendues se dessinent sous la peau. Ventre douloureux, vomissements répétés. Facies grippé et toujours pas la moindre émission de gaz ou de matières. Le pouls est à 110 et la température à 37°5; on administre du calomel et un lavement sans le moindre résultat.

14 novembre, matin. — Persistance des symptômes et état de de plus en plus grave; soir: les extrémités sont froides; on ne sent plus le pouls et la mort est imminente.

En présence de cet état, je pratique *in extremis* un anus artificiel: les anses grêles sont très distendues. Gros intestin vide et affaissé. Pas de fausses membranes. Pas de dépoli de la séreuse. Pas de liquide dans sa cavité. L'épiploon, sous forme d'un gros cordon dur, est tendu vers la cicatrice vaginale. L'état de la malade ne permettant pas une exploration plus complète, l'anüs artificiel est fait aussi rapidement que possible sur la première anse grêle qui se présente. Il ne sort que quelques gaz par la plaie et la mort survient une heure après.

Dans ce cas particulier, dont j'ai raconté les dernières phases à M. Segond, je pense avec lui que l'obstruction intestinale provoquée par une coudure quelconque de l'intestin au niveau du foyer opératoire a été plus que la septicémie péritonéale la cause de cette mort brusque, et j'estime que si l'anüs avait été fait la veille, le résultat de l'intervention aurait pu être différent. En tous cas, l'état de la malade était trop désespéré lorsqu'on est intervenu pour que cet insuccès soit porté au passif de l'anüs contre nature, et je ne crois pas m'avancer en affirmant que la laparotomie n'aurait pas donné un meilleur résultat.

OBSERVATION XXII

Ovaires scléro-kystiques. — Opération de Péan. — Phénomènes graves d'obstruction intestinale. — Anus iliaque. — Guérison.

(Observation 190 de la Thèse de Baudron)

M^{me} P..., âgée de 25 ans, entre le 18 janvier 1894 à la Maison municipale de Santé, service de M. le D^r Segond.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, très régulièrement, 4 jours ; les deux premiers jours avec souffrances. Chloro-anémie.

Il y a environ deux ans, pertes abondantes entre les époques menstruelles, accompagnées de douleurs dans la région hypogastrique. Les règles demeurent très régulières.

Depuis un an, douleurs, élancements, pesanteurs dans l'aîne gauche, quelquefois à droite, sans irradiations, jamais de fièvre. Digestions difficiles. Ces phénomènes s'exacerbent par la fatigue.

En novembre 1893, premier curettage ; à cette époque, l'utérus mobile était en antéversion ; l'ovaire droit était gros comme un petit œuf de poule et très douloureux ; la trompe droite volumineuse.

Les douleurs, momentanément atténuées par le curettage, reparaissent bilatérales, aussi vives, aussi fréquentes, irradiées au coccyx dès que la malade se lève. Les règles demeurent d'ailleurs régulières, pas de pertes blanches.

Hystérectomie vaginale le 25 janvier 1894.

Amputation du col ; utérus en latéro-version droite ; adhérences dans le Douglas. Annexes gauches grosses, très adhérentes. Salpingite catarrhale. Annexes droites plus volumineuses, moins adhérentes. Profondeur de l'utérus 8 cent. ; Parois, 2 cent.

Durée : 20 minutes ; 6 pinces.

Suites opératoires, 26 janvier. — T. 37°5 ; Pouls, 78.

27 janvier. — Douleurs survenant par intermittences dans

la région épigastrique. Pas de vomissements ; facies bon. Langue bonne. Pouls et temp. normaux. Ablation des pinces.

28. — Douleurs extrêmement vives généralisées à tout le ventre. Hoquet, vomissements alimentaires. Langue bonne ; ni gaz, ni matières fécales. Léger météorisme. Facies péritonéal. Pouls 100-110 bien frappé, quelques intermittences. Température 36°7, 37°2.

29. — Même état général. Toujours ni gaz, ni matières fécales, le météorisme augmente. Température normale. Pouls 130, petit, irrégulier.

30. — Un peu de dyspnée ; les douleurs sont moins vives ; ni gaz, ni matières ; pas de vomissements. Température normale. Pouls, 100 ; quelques irrégularités.

31. — Dyspnée intense. Pouls petit, fréquent ; pas encore de gaz, ni de matières. A quatre heures de l'après-midi, la malade asphyxiant, un anus cœcal sans éperon est pratiqué par M. Michaux, chirurgien des Hôpitaux, qui le fait très à contre-cœur, et sur la supplication de M. Segond. ses préférences étant à cette époque pour la laparotomie.

1^{er} février. — État général bon, pas de douleur. L'anūs cœcal fonctionne bien. Glacé sur le ventre. Champagne. Pouls, 100.

2. — Le mieux continue, la malade peut prendre du bouillon.

3. — Lavement huileux. Douleurs dans l'épigastre et le flanc gauche. Pouls, 96.

4, 5, 6, 7. — Etat stationnaire.

8. — Gaz, matières fécales semi-liquides, en abondance par l'anūs naturel. Le ventre, qui était demeuré légèrement ballonné, devient plat

Dans la deuxième moitié de février et la première moitié de mars, les selles continuent à s'effectuer quotidiennement par l'anūs naturel, mais seulement grâce à des lavements glycélinés.

La plaie abdominale se cicatrise progressivement.

Quant à l'orifice contre nature, il ne présente pas de tendance à la fermeture spontanée ; il livre passage aux matières fécales liquides ou semi-liquides et au liquide des lavements.

L'état général de la malade est bon. Elle a bon appétit : les digestions sont bonnes. Douleurs épigastriques persistantes, plus ou moins vives, suivant les moments, et apportant de la gêne respiratoire.

25 mars. — Tentative d'occlusion de l'anus contre nature. L'orifice cutané est agrandi, par une incision longue de huit à dix centimètres.

Avivement des lèvres de la plaie intestinale; ces lèvres sont affrontées et réunies par dix points de suture à la soie. A un moment donné la cavité péritonéale est ouverte sans que d'ailleurs il y pénètre de matières.

Suture de la plaie cutanée. — Drainage.

Le résultat obtenu est presque nul.

Quinze jours après, nouvelle tentative à la suite de laquelle l'anus, réduit à une simple fistulette, se rétrécit de plus en plus et se ferme spontanément le 8 mai 1894.

OBSERVATION XXIII (personnelle).

Corps fibreux multiples de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Occlusion intestinale consécutive. — Anus iliaque. — Mort.

M^{me} P..., âgée de 49 ans, entre à la Maison Dubois, dans un service de médecine, pour des troubles nerveux vagues; ce sont des sensations de froid, des étouffements, des douleurs mal localisées dans la région hypogastrique. Elle a passé la ménopause, qui a été très pénible. Ces troubles ayant été attribués à des lésions utérines, on adresse la malade en chirurgie; à l'examen par le toucher et le palper, on trouve un utérus fibromateux remontant jusqu'au niveau de l'ombilic, et un kyste ovarique gauche inclus dans le ligament large.

La malade, endormie à l'éther, est opérée le 16 mars 1895 par M. Segond.

L'opération, faite suivant le manuel opératoire habituel, se passe sans incident, dure une heure et quart; vers la fin,

l'intestin menace de s'engager entre les mèches et les lèvres de la plaie ; il est refoulé dans le ventre.

La masse morcelée comprend 55 morceaux et pèse 1,100 grammes.

Les suites opératoires immédiates, premier et deuxième jours, sont bonnes ; les pinces sont enlevées le troisième jour, 18 mars, au bout de 48 heures ; les mèches (8) sont laissées en place.

18 mars. — Pendant la journée, la malade ne rend ni matières, ni gaz, malgré un grand lavement. Temp. matin, 37°3 ; soir, 38° ; le pouls est à 80 ; nausées fréquentes.

19 mars. — Le matin, la garde-malade dit que l'opérée n'a pas rendu de gaz, mais a eu une selle abondante ; cependant le ventre se ballonne ; les vomissements sont persistants ; le pouls à 90. Temp. 36°8 ; il y a de la dyspnée ; devant l'aggravation des symptômes, un interrogatoire précis permet de se convaincre que la prétendue garde-robe du matin, qui avait donné une certaine sécurité, n'était que l'eau d'un lavement, salie par quelques matières retenues dans le gros intestin. On donne du calomel qui est aussitôt vomi.

Le soir : pouls, 110, et assez frappé. Température, 37°6. — Vomissements persistants et abondants, alimentaires ; ventre ballonné, mais encore relativement souple, peu douloureux, et la malade souffre surtout de brûlures au creux épigastrique ; dyspnée assez intense ; froncement persistant de la peau, quand on la pince.

En présence de ces symptômes, je pense à un pincement de l'intestin dans la cicatrice.

La malade est alors détamponnée, et avec le doigt introduit par le vagin, je cherche à reconnaître les adhérences et à les libérer. Je peux ainsi détacher un point adhérent, et mon doigt, promené dans la cicatrice, ne rencontrant plus d'obstacle, je lave la plaie et refais un pansement avec de la gaze iodoformée.

Les vomissements cessent quelques heures.

20 mars. — L'état a beaucoup empiré ; les vomissements, un moment arrêtés la veille, ne cessent plus ; la température

est à 36°9 ; mais les extrémités sont froides, le fascies a le type abdominal ; le pouls filiforme, insensible, bat 120.

Je me décide alors à pratiquer l'anus iliaque ; les anses intestinales sont très dilatées, non vascularisées ; la séreuse est lisse et luisante ; il n'y a pas de péritonite ; j'explore la cavité abdominale avec mon doigt et je ne rencontre d'abord aucun obstacle ; cherchant alors à attirer une anse dilatée, j'éprouve une certaine résistance ; en la suivant avec le doigt jusque vers la lèvre postérieure de la cicatrice, je parviens à la décoller et j'attire alors au dehors une portion d'intestin grêle, longue de 15 à 18 centimètres, repliée sur elle-même en forme d'S italique ; les deux branches de l'S présentent, sur leur bord opposé à l'insertion du mésentère, une surface irrégulièrement circulaire de 1 à 2 centimètres de diamètre, couverte de néo-membranes plus ou moins arrachées par le décollement ; elles se continuent par une coudure à angle aigu avec la portion intermédiaire qui est vide, épaissie, un peu adhérente à une des branches ; la circulation des gaz et des matières est interrompue à ce niveau ; l'intestin grêle, très dilaté au-dessus de l'obstacle, est affaissé au-dessous ; l'obstacle siège à dix ou quinze centimètres du cœcum.

Celui-ci est distendu par l'eau des lavements. Je fais l'anus artificiel sur une anse grêle dilatée ; il s'échappe une certaine quantité de liquide et beaucoup de gaz ; mais la malade ne se réchauffe pas et meurt six heures après.

Mon intervention avait malheureusement été trop tardive.

OBSERVATION XXIV (Thévenard)

Cancer de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Occlusion intestinale consécutive. — Anus contre nature. — Mort.

Madame D..., 36 ans, entrée le 8 octobre 1895.

D'une bonne santé habituelle, peu amaigrie ; la malade fait remonter le début de sa maladie à six mois environ ; elle souffre peu ; elle se plaint surtout de métrorrhagies et de pertes fétides.

Le col est gros, irrégulièrement induré, et présente sur la lèvre inférieure une ulcération saignant au moindre contact.

Hystérectomie le 15 octobre.

15 et 16 octobre. — La malade est bien.

Dans la nuit du 16 au 17, elle se plaint de violentes douleurs dans le ventre, sous forme de coliques.

17 octobre. — Sensation de brûlure très douloureuse au creux épigastrique. Ablation des pinces à midi; dans la journée des vomissements apparaissent.

La malade rend tout ce qu'elle prend. Les douleurs persistent. Constipation absolue. Un lavement ramène quelques matières contenues dans le gros intestin. Le ventre se ballonne beaucoup, les anses intestinales ne se voient pas à cause de l'épaisseur de la paroi.

Temp. 37°5 et 38°; pouls entre 90 et 100.

18 octobre. — Temp. normale; pouls à 120.

Le ventre de plus en plus ballonné; ni selles ni gaz; les douleurs persistent. Les vomissements prennent le caractère fécaloïde, dyspnée croissante; la peau a perdu son élasticité: facies péritonitique.

Les purgatifs et les lavements ont été inutiles.

Le 18, au soir, on pratique un anus iliaque.

Incision au lieu d'élection; l'intestin grêle est énormément dilaté; le cœcum, aussi très distendu, est saisi et amené dans la plaie.

La séreuse rouge, injectée, est couverte d'exsudats fibreux qui font adhérer les anses intestinales entre elles et à la paroi.

L'anus, sur le cœcum, fonctionne la nuit; le lendemain matin, la malade paraît un peu mieux. Temp., 37°6; pouls, 110 et mieux frappé; dans l'après-midi elle retombe dans le collapsus et meurt.

Une partie seulement des anses dilatées s'était vidée par l'anus artificiel.

OBSERVATION XXV (L. Landau)

Cancer de l'utérus. — Extirpation vaginale totale. — Occlusion intestinale consécutive. — Laparotomie. — Mort.

M^{me} St, âgée de 41 ans, de constitution assez robuste, mais très anémiée.

Depuis huit mois environ, métrorrhagies et écoulement putride.

10 sept. 1887. — Extirpation totale de l'utérus sans ligature.

11 sept. — Ablation d'une partie des pincés.

12 sept. — Ablation des autres pincés.

14 sept. — Durant la nuit, la malade, profitant d'une absence de sa garde, se lève et traverse sa chambre pour aller boire de l'eau. Bientôt après surviennent des symptômes de péritonite localisée et d'iléus. Tous les moyens employés pour les combattre sont impuissants.

17 sept. — Laparotomie. On trouve, comme lésion, une occlusion intestinale. Pendant les allées et venues de la malade, une anse intestinale s'était enfoncée profondément dans la plaie vaginale et s'y était fortement étranglée. Cet étranglement est levé.

Mort le lendemain.

OBSERVATION XXVI (Reichel)

*Ileus après extirpation totale vaginale de l'utérus.
Laparotomie. — Mort.*

M^{me} Hubner entra à la clinique, le 26 octobre 1887, pour un carcinome du col. La tumeur, de la grosseur d'un œuf de poule, siégeait sur la lèvre postérieure de la matrice, et laissait la lèvre supérieure intacte; elle commençait à envahir la paroi postérieure du vagin; sa surface était ulcérée.

L'opération fut faite à la clinique, suivant le mode habituel, le 28 octobre.

La paroi vaginale fut incisée circulairement le plus loin possible du néoplasme ; le col fut dégagé ; après quoi, après ouverture du cul-de-sac de Douglas, le ligament large gauche d'abord, puis le droit, furent détachés et séparés.

Pour arrêter l'hémorrhagie de la cloison recto-vaginale, le péritoine fut suturé au bord de la plaie vaginale postérieure ; la cavité péritonéale resta ouverte par ailleurs. Seulement une bande de gaze iodoformée fut introduite par l'ouverture de la plaie jusque dans le cul-de-sac de Douglas.

La malade n'eut pas de fièvre. Cependant quatre jours après l'opération la fréquence du pouls devint extrême et atteignit, le 31 octobre, 140 pulsations. Le ventre se ballonne de plus en plus, avec un peu de sensibilité seulement à l'épigastre ; partout ailleurs, pas de douleurs, même à une assez forte pression. Les anses intestinales dilatées se dessinent derrière la paroi abdominale mince, et présentent des mouvements péristaltiques très nets : Pas de vomissements ; simplement des nausées ; on soupçonne des adhérences intestinales, mais ce fut vainement qu'on essaya de libérer par le vagin. De crainte de l'emprisonnement d'une anse intestinale, on enleva la gaze iodoformée du vagin ; impossible de voir, ni de sentir une anse intestinale.

Le lendemain, 1^{er} novembre, l'état de la malade s'était un peu amélioré ; l'opium, administré jusque-là, fut suspendu ; le pouls était lent et fort ; le ventre moins tendu.

Pourtant, à un examen plus attentif, l'état empirait à vue d'œil.

Le sixième jour, constipation opiniâtre, ballonnement de plus en plus accusé et gagnant l'épigastre ; l'abdomen est tendu.

Le 3 novembre, c'est-à-dire sept jours après l'opération, un lavage de l'estomac donne, après l'introduction de la sonde pharyngienne, deux litres d'un liquide épais, jaune, d'une odeur fétide, et procure quelque soulagement à la malade ; en même temps, la tension abdominale avait diminué, ainsi que le

ballonnement de l'épigastre, tandis que dans l'hypogastre, il n'y avait nul changement.

L'existence d'une oblitération de l'intestin parut certaine, et, dans l'après-midi, en présence de l'épuisement croissant de la malade, on se décida à pratiquer la laparotomie.

Après ouverture de la ligne médiane, l'intestin grêle, très dilaté, fut tiré de la cavité abdominale et étalé sur des compresses; la séreuse, fortement injectée, était lisse et luisante; seulement quelques anses intestinales, fixées dans le petit bassin par des adhérences, présentaient aux points adhérents, des exsudats fibrineux circonscrits.

Absence complète de liquide dans le ventre. La dernière portion de l'iléon, à environ douze centimètres de la valvule de Bauhin, était fixée, dans le petit bassin, à la plaie vaginale et avait un aspect chagriné. Une fois l'adhérence libérée, cette partie de l'intestin grêle apparut tout à fait rétrécie, et nettement séparée de la partie supérieure dilatée, sans cependant présenter de sillon d'étranglement bien net; ses parois, accolées l'une à l'autre, paraissent former un cordon solide; la lumière de l'intestin était interrompue. Le gros intestin était vide et affaissé.

En comprimant la portion dilatée on réussissait difficilement à forcer l'obstacle.

A la suite de cette intervention, le pouls s'arrête et ne revient plus. La malade died on the table.

OBSERVATION XXVII (Reichel)

*Cancer du col. — Hystérectomie vaginale. — Ileus consécutif.
Laparotomie. — Mort.*

M^{me} Reiss, 55 ans, se présenta le 3 janvier 1888 à la clinique; métrorrhagies et écoulement d'odeur repoussante. A l'examen, col augmenté de volume, dur, de consistance inégale: tout le col est envahi.

Le diagnostic de cancer est confirmé par l'examen microscopique.

Olshausen décide l'hystérectomie, qui est pratiquée le 7 janvier.

A l'amputation du col, sa paroi antérieure se déchire depuis la vessie, et par cette déchirure s'échappe une cuillerée environ de pus très fétide. Le reste de l'opération se passa normalement.

La paroi postérieure du vagin fut suturée au péritoine avec du catgut ; le cul-de-sac de Douglas fut bourré de gaze iodoformée.

Pas de fièvre ; la température ne dépassa pas 37°8. Le pouls oscilla entre 90 et 100.

Mais il y avait des nausées continuelles, de fréquents vomissements bilieux et fortement colorés ; ni selles, ni gaz ; un lavement, donné le cinquième jour, ramena quelques scybales, et fut rendu à peu près tel quel.

Le 13 janvier, calomel et huile de ricin, ils sont aussitôt vomis.

Un lavement à l'huile de ricin reste sans effet. Ballonnement qui augmente de plus en plus, presque indolore ; la pression ne réveille aucune sensibilité.

Le 14 janvier, c'est-à-dire huit jours après l'opération, les vomissements prennent une odeur nettement fécaloïde ; un lavage de l'estomac ramène une assez grande quantité de liquide grisâtre, épais, et d'odeur fécale. Par le rectum s'écoula en abondance un liquide de couleur brune ; pourtant il n'y eut pas de selle véritable, même après un lavement avec deux cuillerées d'huile de ricin.

Les vomissements persistaient, toujours aussi fétides. On décide la laparotomie le matin du 9^e jour.

A l'ouverture de l'abdomen, l'intestin est dilaté, injecté ; pourtant la séreuse est lisse, luisante, sans exsudat fibrineux. Une anse de l'iléon, placée profondément, sur le bord de la plaie vaginale, y adhérerait fortement. La portion d'intestin juste au-dessus était distendue et coudée en angle ; tandis que, au-dessous de la coudure, l'intestin grêle était affaissé et contracté. L'adhérence fut détruite ; l'exsudat fibrineux, existant à son niveau, enlevé avec des pinces, et il fut assez facile de replacer les anses intestinales en leur position normale.

Après l'opération, l'état de la malade empira vivement. Elle se plaignit de douleurs violentes dans l'abdomen, d'angoisse, de manque d'air, de nausées continues.

Ni selles, ni gaz; la T. tombe à 36°4; pouls très petit, à peine sensible; mort 20 heures après de péritonite diffuse.

Autopsie. — Péritonite diffuse toute récente; les anses intestinales sont dilatées par les gaz, injectées, et présentent à leurs bords de contact des bandes fibrineuses.

Dans la plaie, entre la vessie et le rectum, trois anses de l'intestin grêle, dont la plus haute présentait une surface ovale congestionnée, et fut reconnue pour l'anse libérée au moment de la laparotomie.

Les deux autres anses adhéraient fortement à la plaie et on dut employer une certaine force pour les détacher.

Entre ces adhérences, l'intestin grêle était modérément distendu, mais au-dessous il était rétracté, complètement vide, ainsi que le gros intestin.

Dans le cul-de-sac de Douglas, la surface de la plaie était sale, colorée, purulente; la muqueuse intestinale ne présentait aucune altération pathologique.

OBSERVATION XXVIII (H. C. Coë).

Laparotomie pour obstruction intestinale consécutive à une hystérectomie vaginale.

Madame B...., âgée de 29 ans, me fut adressée par le Dr Fordyce Barker.

Mariée depuis 12 ans, elle a eu 4 enfants.

Trois mois avant mon examen, elle commença à être mal réglée, et, un mois après, elle avait des pertes d'eau accompagnées de violentes douleurs dans le dos.

Sa santé s'altéra très rapidement.

Lorsque ces symptômes devinrent plus accentués, son mari, qui était médecin, l'examina et découvrit une excroissance en chou-fleur sur la lèvre antérieure du col.

Il l'amena à New-York, et je la vis pour la première fois le 12 juin 1889, et une seconde fois avec le Dr Barker deux jours après.

Nous trouvâmes une grosse masse épithéliomateuse qui saignait facilement, ayant envahi à la fois les lèvres antérieure et postérieure du col, mais limitée au col; les ligaments larges ne paraissent pas touchés. L'examen microscopique d'une parcelle de la tumeur confirma notre diagnostic.

L'état général de la malade était mauvais; comme elle voulait une opération radicale, on lui conseilla d'entrer à « Cancer's Hospital » pour y subir l'hystérectomie vaginale.

Elle fut admise dans mon service le 17 et opérée deux jours après.

Le pronostic était quelque peu douteux, étant donnée la présence d'albumine et de cylindres dans l'urine. Je l'opère le 19 juin, assisté par le Dr Hanley. J'enlevai l'utérus avec les annexes; l'opération dura 40 minutes environ.

L'utérus étant rétrofléchi et adhérent, le col très mou et friable, j'eus de grandes difficultés. Il y avait un kyste de l'ovaire, gros comme une orange de Messine, du côté droit, ce kyste fut ponctionné et enlevé.

Je ne fis pas de ligature; je mis deux pinces sur chaque ligament large et deux pinces sur les points qui saignaient dans les replis (ou le cul-de-sac) sacro-utérins.

La plaie péritonéale fut laissée ouverte et le vagin tamponné avec de la gaze iodoformée.

La malade supporta bien l'opération, et put prendre quelques aliments tout de suite.

21 juin (3^{me} jour). — Les pinces furent enlevées au bout de quarante heures; peu après, la température était de 38°4, avec une distension modérée de l'abdomen; pas de douleur. La quantité d'urine est normale, avec seulement des traces d'albumine et pas de cylindre.

Comme d'habitude, le soir on administra du calomel et du sulfate de magnésie, et un lavement avec un tube gros et souple.

21 juin. — Nouveau lavement le lendemain matin, qui ramena quelques matières dures.

23 juin. — Le quatrième jour, la température était de 38°6. le pouls à peine à 100.

La malade était un peu agitée et se plaignait du ballonnement qui était plus marqué dans la région iliaque droite, où on pouvait voir se dessiner les anses de l'intestin distendu.

Pas de douleurs ni de sensibilité à la palpation du ventre.

L'après-midi, elle vomit des liquides verts, mais continua à se nourrir et à prendre des stimulants régulièrement. Pas de gaz par l'anus.

Je soupçonnai une obstruction intestinale, datant du début de l'accident, mais pas assez considérable pour me décider à faire la laparotomie.

Je pensai qu'une anse d'intestin grêle était adhérente aux lèvres de la plaie péritonéale du côté droit.

Toutefois, l'état général restait bon; la malade ne souffrait pas, et il n'y avait pas de signes de péritonite; si bien que j'hésitai, surtout parce qu'il m'était impossible d'avoir une consultation ou un aide cette nuit-là, mes collègues étant tous sortis.

J'introduisis mon doigt dans la plaie et j'essayai de pénétrer dans la cavité péritonéale; mais la plaie du péritoine était fermée et je craignis de porter des germes infectieux provenant des escharres des bords de l'ouverture vaginale.

Il y avait aussi quelque danger de provoquer une hémorragie, d'autant plus qu'il n'y avait pas de ligatures.

J'ordonnai 0,01 centigramme d'élaternie, en recommandant de le répéter dans 4 heures si c'était nécessaire.

Cette purgation ne produisit point d'effet, mais n'amena pas d'aggravation ou malaise.

Pendant la nuit, l'état de la malade s'améliora à tel point que lorsque le Dr Barker la vit avec moi le lendemain matin, il ne fut pas d'avis d'intervenir.

La température était de 37°5 et le pouls à 90; le ballonnement était diminué; elle suçà une côtelette et prit une grande quantité de nourriture liquide, n'ayant pas de nausées et peu ou point de malaise.

Le Dr Barker fut d'avis de continuer l'usage des laxatifs;

je donnai un grand lavement, dans lequel on ajouta une pinte de mélasse, par un tube d'au moins huit pouces.

Le lavement fut gardé, mais ne ramena rien, sinon des mucosités et une petite quantité de matières fécales du gros intestin.

Pendant la journée, la température et le pouls furent à peu près normaux, et continuèrent ainsi jusqu'au lendemain à midi (le sixième jour après l'opération), lorsque l'état empira, la température s'élevant à 38°6, pendant que le pouls battait 102.

La malade vomit une quantité de liquide jaunâtre ayant une odeur désagréable, mais pas franchement fécaloïde; les vomissements devinrent incessants. Le ballonnement se montra aussitôt quoique nullement excessif.

Je ne pus pas la voir avant le soir, lorsque j'eus une fois décidé de l'opérer sans délai.

La température était alors de 38°2, le pouls à 110. Avant d'intervenir, je cédai aux sollicitations du mari et ponctionnai l'intestin dilaté en plusieurs endroits; il sortit une quantité de gaz et la malade s'en trouva soulagée.

Une heure après, aussitôt qu'elle put avoir des aides, j'ouvris le ventre.

Je trouvai, comme je l'avais soupçonné, une anse de l'intestin grêle adhérente à la lèvre droite de la plaie; il n'y avait pas de signes de péritonite quoique la séreuse de l'intestin au-dessus du point de l'obstruction fût dilatée et très congestionnée, tandis que la portion située au-dessous était très contractée ou rétrécie.

Les adhérences furent facilement détachées; quelques fausses membranes furent enlevées par grattage sur la paroi de l'intestin et la cavité péritonéale soigneusement lavée à l'eau chaude.

La plaie de l'ouverture vaginale qui paraissait guérie (à part les escharres qui sont la règle quand on s'est servi de pinces) fut rouverte et un large drainage établi.

Le vagin fut tamponné avec de la gaze iodoformée, le ventre refermé et la malade rapportée dans son lit en assez bon état.

Elle succomba au shock le lendemain matin.

OBSERVATION XXIX (Coë).

*Second cas mortel de laparotomie pour occlusion intestinale
consécutive à l'hystérectomie vaginale.*

Madame F., âgée de 39 ans, fut admise dans mon service du « Cancer Hospital » de New-York, le 19 janvier 1890, grâce à la complaisance de Marion Sins.

Elle avait fait une fausse couche récente.

Depuis le mois de juin ses forces diminuaient peu à peu et en même temps ses règles devenaient irrégulières; elle n'avait jamais souffert beaucoup.

Depuis la fin de décembre, elle avait des pertes abondantes, qui continuaient encore quelques jours avant son entrée.

Elle fut alors examinée pour la première fois par le Dr Walser, qui diagnostiqua un épithéliome du col.

A son entrée, elle était en assez bon état, et l'examen par le vagin montra des lésions étendues de la portion vaginale de l'utérus, ayant envahi la paroi postérieure du vagin.

Utérus mobile. Ligament larges, sains en apparence. Hystérectomie quatre jours après.

L'opération, qui avait duré 55 minutes, présenta quelques difficultés à cause de la résistance du périnée et de l'étroitesse du vagin et de la vulve.

Il fut impossible, à cause de cela, de placer des ligatures, si bien que les ligaments larges et points qui saignaient furent pris dans des pinces (il y avait 7 ou 8 pinces).

On fit grande attention de ne pas porter de matières septiques dans la cavité.

La trompe et l'ovaire droits furent enlevés, les gauches laissés en place, parce que c'était une bouillie et que la malade était trop faible. Quoiqu'elle n'eût perdu que peu de sang, elle eut un shock considérable.

La plaie fut soigneusement tamponnée avec de la gaze iodée, qui fut poussée plus haut que d'habitude pour s'opposer

à la chute de l'intestin, une anse intestinale s'étant montrée dans la plaie aussitôt après que l'utérus fût enlevé.

Après l'opération, la malade fut plus souffrante qu'on ne l'est d'habitude; pendant la nuit elle eut 38°6, tandis que le pouls battait 106 pulsations.

Elle cessa de vomir quelques heures après. Le lendemain son état était excellent. Les pinces la faisaient tellement souffrir que je les enlevai après vingt heures, au lieu de les laisser trente-six, comme je fais d'habitude.

Mais j'eus soin de ne pas déranger la gaze qui bouchait l'ouverture.

La plaie était drainée suffisamment.

Le soir du même jour, deuxième jour, la température monta à 38°3; le pouls battait 102 et la malade ne souffrait plus. — Ventre souple, non sensible à la pression.

Elle gardait ses aliments.

Pendant le deuxième, pas de douleurs; elle gardait tout ce qu'elle prenait et la température ne dépassa pas 37°2.

Elle commença à monter le soir, 38°4, à 10 heures, tandis que le pouls était à 140.

Ventre plus tendu. On lui administra du sel et un grand lavement qui entraîna une grande quantité de gaz et quelques scybales du gros intestin.

Le vagin fut détamponné et on rechercha soigneusement s'il n'y avait pas de rétention purulente; mais l'écoulement se faisait bien.

Le lendemain matin (troisième jour après l'opération), 37°6, et moins encore à midi; pouls: 100.

Plusieurs doses de sel et lavement sans résultat. La malade a vomi une fois. A six heures, 38°3; ventre souple non tendu et vomissements rares. Deux heures après, elle vomit une certaine quantité de liquide ayant nettement une odeur fécale; température, 37°9.

On m'envoya chercher et je décidai de faire une laparotomie.

Elle était en très bonnes conditions et je ne pouvais attribuer ces symptômes à aucune complication, sauf aux adhé-

rences de l'intestin aux bords de la plaie, avec obstruction consécutive, comme je l'ai relaté dans mon premier cas.

Avant d'ouvrir le ventre, sous le chloroforme, je passai mon doigt dans le vagin et je pus précisément toucher une anse d'intestin grêle, mais je n'aurais pu dire s'il était adhérent ou non.

Je fis immédiatement la laparotomie et vingt-cinq minutes après la malade était dans son lit.

Deux ou trois anses d'intestin étaient adhérentes aux bords de la plaie, elles furent facilement détachées et, au même moment, une quantité de gaz s'échappe par le rectum.

Il n'y avait pas trace de péritonite et les bords de la plaie paraissaient sains.

On chercha en vain d'autres adhérences intestinales dans la grande cavité, mais on n'en trouva pas. La cavité fut néanmoins lavée et un drainage large établi par le vagin.

La malade ne résista pas au shock de ces manipulations relativement douces et mourut quatorze heures après, sa température restant environ 37°8.

Une autopsie partielle montra que le principal point de l'obstruction avait été à 8 pouces de la partie inférieure de l'iléon.

L'intestin grêle était généralement affaissé, le gros intestin modérément tendu.

Il y avait évidemment un commencement de péritonite, tout-à-fait récente. L'état des bords de la plaie vaginale ne faisait pas soupçonner une infection septique.

OBSERVATION XXX

Annexite double. — Hystérectomie vaginale. — Occlusion intestinale consécutive. — Laparotomie. — Mort.

(due à l'obligeance de M. Pauchet, interne du service)

Eugénie F..., 33 ans, salle Langier, à Beaujon, service de M. Labbé, suppléé par M. Potherat.

Opérée en avril 1894, pour salpingite double.

L'hystérectomie est faite par le procédé du morcellement.

Les suites opératoires sont normales pendant les trois premiers jours; les pinces sont retirées au bout de 48 heures, les mèches le troisième jour. La malade va bien.

Le quatrième jour, les accidents apparaissent; ce sont des vomissements verts, accompagnés de coliques avec arrêt des gaz et des matières.

Les anses intestinales distendues se dessinent sous la paroi; le faciès est grippé: la température est normale, mais le pouls augmente rapidement de fréquence; il devient petit, filiforme, incomptable.

En présence de ces accidents, M. Potherat se décide à faire la laparotomie.

Les anses intestinales sont très distendues; en cherchant dans le petit bassin on trouve une d'elles coudée, et au niveau de la coudure, des fausses membranes qui la faisaient adhérer à la cicatrice vaginale.

Les adhérences sont détruites; le ventre refermé.

La malade meurt le lendemain.

OBSERVATION XXXI

Cancer de l'utérus. — Hystérectomie vaginale. — Obstruction intestinale. — Laparotomie. — Mort.

M^{me} X..., âgée de 35 ans, opérée le 11 octobre 1893 à la clinique Baudeloque, par M. P. Segond.

Ce cancer de l'utérus paraît avoir manifesté ses premiers symptômes il y a un an. Depuis six mois, l'état s'aggrave beaucoup; les pertes sanguines sont presque continuelles et ne cessent quelques jours par mois que pour être remplacées par un écoulement sanieux et roussâtre très fétide. Les douleurs sont d'une violence extrême et l'affaiblissement général très accusé.

Le toucher donne les sensations habituelles et pathogno-

moniques d'un cancer du col à forme ulcéreuse ayant, pour ainsi dire, rongé la presque totalité du col sans avoir manifestement atteint la muqueuse vaginale. L'utérus a toutefois conservé une certaine mobilité, on ne sent pas d'empatement dans les ligaments larges, mais les annexes paraissent augmenter de volume des deux côtés.

Hystérectomie vaginale, le 11 octobre 1893. — Suivant son habitude, M. Segond pratique d'abord le curettage de toutes les parties ramollies. Cela fait, on peut enfin placer une pince à abaissement sur une partie suffisamment résistante; le décollement de la vessie se fait très difficilement et le corps utérin bascule enfin par hémisection antérieure, abaissant avec lui les annexes, en arrière desquelles on place d'emblée des pinces hémostatiques. Quatre pinces assurent l'hémostase, des lanières de gaze stérilisée assurent le pansement.

Suites opératoires. — Pendant les trois premiers jours, état très satisfaisant. Toutefois, après l'ablation des pinces qui a lieu, suivant l'usage, au bout de 48 heures, la malade, malgré les lavements répétés, ne rend ni gaz ni matières. Les lanières sont enlevées le troisième jour, mais la constipation persiste.

Le quatrième jour, les symptômes d'occlusion intestinale ne sont plus douteux. La température ne dépasse pas 37°, mais le pouls bat 140 pulsations, l'affaiblissement est extrême, le facies caractéristique et le ballonnement abdominal considérable. Il existe enfin des vomissements fécaloïdes indiscutables.

L'état ne faisant que s'aggraver, M. Baudron pratique le lendemain, c'est-à-dire le cinquième jour, la laparotomie médiane. Cette opération lui permet de constater que l'une des anses de l'intestin grêle est coudée et immobilisée dans sa situation vicieuse par des fausses membranes de la pélo-péritonite qui existe au niveau du foyer opératoire. Il n'y a pas de péritonite généralisée. En présence de cet état de choses, M. Baudron détruit les adhérences qui immobilisaient l'anse intestinale en fausse position et draine le petit bassin en remplaçant une mèche dans le vagin. La plaie abdominale est recousue complètement.

A la suite de cette opération, qui s'était faite d'ailleurs assez vite, il ne s'est fait aucune rémission des symptômes et la malade est morte six heures après sans avoir rendu le moindre gaz par l'anus.

Comme l'a dit lui-même M. Baudron dans sa thèse inaugurale (Th. de Doctorat, Paris 1894, page 79), il est probable que le décès ne serait pas survenu s'il était intervenu la veille et s'il s'était contenté de pratiquer ces anses iliaques simples et non compliquées de manœuvres intra-abdominales.

CONCLUSIONS

I. — Après l'hystérectomie vaginale, on peut voir se développer l'ensemble symptomatique de l'occlusion intestinale; cette occlusion, due souvent à la péritonite, peut aussi être le résultat d'un obstacle mécanique interrompant le calibre de l'intestin.

II. — Même dans les occlusions par obstacle mécanique, la péritonite circonscrite du petit bassin joue le plus souvent un rôle important dans leur production.

III. — Le diagnostic de ces occlusions, s'il n'est pas impossible, est toujours extrêmement difficile, basé seulement sur des nuances, d'autant plus que souvent occlusion et péritonite sont associées.

IV. — Le pronostic a une gravité exceptionnelle.

V. — Pour le traitement, l'anus contre nature, opération bénigne, nous paraît préférable à la laparotomie qui expose les malades à un shock trop considérable.

Dans un cas comme dans l'autre, pour être efficace, l'intervention doit être précoce.

Vu par le Président de la Thèse :
PINARD.

Vu :
Le Doyen
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ADENOT. — Des occlusions intestinales post-opératoires. — *Revue de chirurgie*, janvier 1896.
- AHSTON (E.). — Occlusions intestinales après laparotomies. — *The Medical News*, 30 juillet 1892.
- BAUDRON. — De l'hystérectomie vaginale. — Thèse de Paris, 1894.
- BUMM (E.). — Sur les occlusions intestinales après la laparotomie. — *Sitz. Phys. Med. Gezel zu Wursbourg*.
- COE (H.-C.). — Deux cas mortels de laparotomie pour occlusion intestinale après l'hystérectomie vaginale. — *American Journ. obstetrics*, 1890.
- DUDLEY. — Total extirpation of the uterus. — *New-York Med. Journal*, 1887.
- DUPLAY. — Sur certains cas de péritonite simulant l'obstruction intestinale. — *Archives générales de médecine*, 1876.
- JOYLE. — La septicémie péritonéale aiguë. — Thèse de Paris, 1895.
- KLOTZ. — Du traitement des occlusions post-opératoires. — *Centralblatt für Gynæcology*, 1892.
- LEGUEU. — Des occlusions intestinales post-opératoires. — *Gazette des Hôpitaux*, 23 novembre 1895.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Cure radicale des hernies. — Paris, 1892.
- MACAIGNE. — Le bacterium coli. — Thèse de Paris, 1892.
- MARION (de Chicago). — Expériences sur la chirurgie intestinale. — *Gazette des Hôpitaux*, 16 nov. 1889.
- OBALINSKI. — Occlusion intestinale secondaire aux opérations sur le péritoine. — *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 25 mars 1889.
- QUÉNU. — De l'occlusion intestinale après les laparotomies. — *Gazette des Hôpitaux*, 31 mars 1894.
- REICHEL. — De l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus. — *Zeitschrift für Geb. u. Gynecology*, Band XV, Heft 1.

ROHÉ (G.-H.). — Abdominal Surgery. — American Journal of obstetrics, octobre 1894.

ROUFFART (de Bruxelles). — In Revue générale de clinique et de thérapeutique. — Paris, 18 juillet 1894.

TAYLOR. — Laparotomie pour lésions des annexes — American Journal of obstetrics, juillet 1894.

TUJA D'OLIVIER. — Des occlusions intestinales après les laparotomies. — Thèse de Paris, 1894.

THIBIERGE. — Occlusion par paralysie musculaire. — Thèse de Paris, 1884.

THOMSON. — Recherches expérimentales sur la formation des adhérences après la laparotomie. — Centralblatt für gynecology, 31 janv. 1891.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Définition	9
Étiologie	13
Pathogénie	16
— des pseudo-étranglements	16
— de l'occlusion vraie par obstacle mécanique	16
Anatomie pathologique	48
Symptômes	52
Diagnostic	61
Marche. Terminaison	67
Traitement	70
Observations	86
Conclusions	123
Index bibliographique	125

TABLE OF CONTENTS

.....	1
.....	2
.....	3
.....	4
.....	5
.....	6
.....	7
.....	8
.....	9
.....	10
.....	11
.....	12
.....	13
.....	14
.....	15
.....	16
.....	17
.....	18
.....	19
.....	20
.....	21
.....	22
.....	23
.....	24
.....	25
.....	26
.....	27
.....	28
.....	29
.....	30
.....	31
.....	32
.....	33
.....	34
.....	35
.....	36
.....	37
.....	38
.....	39
.....	40
.....	41
.....	42
.....	43
.....	44
.....	45
.....	46
.....	47
.....	48
.....	49
.....	50
.....	51
.....	52
.....	53
.....	54
.....	55
.....	56
.....	57
.....	58
.....	59
.....	60
.....	61
.....	62
.....	63
.....	64
.....	65
.....	66
.....	67
.....	68
.....	69
.....	70
.....	71
.....	72
.....	73
.....	74
.....	75
.....	76
.....	77
.....	78
.....	79
.....	80
.....	81
.....	82
.....	83
.....	84
.....	85
.....	86
.....	87
.....	88
.....	89
.....	90
.....	91
.....	92
.....	93
.....	94
.....	95
.....	96
.....	97
.....	98
.....	99
.....	100

